

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Distribution Géographique
DE LA
Fièvre Ondulante dans le Nord de la France

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juillet 1936, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

CARNIN Paul-Alexis-Joseph

né à Wattrelos (Nord) le 17 Juillet 1910

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PERRIN,	Professeur,	<i>Président.</i>
		De LAVERGNE,	Professeur,	<i>Juge.</i>
		DROUET,	Professeur,	<i>Juge.</i>
		MELNOTTE,	Agrégé,	<i>Juge.</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

LILLE
Société Anonyme d'Imprimerie
et d'Éditions du Nord

1936

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Distribution Géographique
DE LA
Fièvre Ondulante dans le Nord de la France

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juillet 1936, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

CARNIN Paul-Alexis-Joseph

né à Wattrelos (Nord) le 17 Juillet 1910

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PERRIN,	Professeur,	<i>Président.</i>
		De LAVERGNE,	Professeur,	<i>Juge.</i>
		DROUET,	Professeur,	<i>Juge.</i>
		MELNOTTE,	Agrégé,	<i>Juge.</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

LILLE
Société Anonyme d'Imprimerie
et d'Éditions du Nord

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$;
BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; ANCEL $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$;
MACE, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; P. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; G. THIRY, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Thérapeutique	M. N.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, $\star$, A $\text{\textcircled{S}}$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.

Chargés de Cours Complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, agrégé
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, agr. lib.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, ch. du c. ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{S}}$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\text{\textcircled{S}}$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{S}}$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\text{\textcircled{S}}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$.	DROUET, A $\text{\textcircled{S}}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{S}}$.	SIMONIN, A $\text{\textcircled{S}}$.
WOLFF.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; S. REMY, I $\text{\textcircled{S}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{S}}$;
BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; BARTHELEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$; LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{S}}$;
M. E. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{S}}$, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A MES PARENTS

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

En témoignage de profond attachement.

A MES AMIS

A M. le Professeur BERNARD

Professeur suppléant de la Faculté Libre de Médecine
de Lille

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, qu'il reçoive l'hommage de notre pro-
fonde gratitude.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PERRIN

Professeur de Clinique médicale

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre
respectueuse reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

A MES JUGES

*MM. les Professeurs : PERRIN,
DE LAVERGNE,
DROUET,
MELNOTTE, agrégé.*



CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

De nombreuses publications ont paru sur la fièvre ondulante. Dans les journaux médicaux, les observations de cette maladie se sont multipliées au fur et à mesure que se perfectionnaient nos moyens d'investigations. Des cas chaque jour plus nombreux furent signalés, tant en France qu'à l'étranger ; beaucoup d'accès fébriles dont le diagnostic restait incertain, ont pu ainsi trouver leur vrai nom.

Dans nos régions du Nord, où cette maladie est à l'état endémique, beaucoup de formes frustes de fièvre ondulante qui avaient été diagnostiquées « tuberculose ou paratyphoïde atypique » ont acquis aujourd'hui droit de cité.

Actuellement, l'élaboration du diagnostic de cette maladie a été beaucoup facilitée et, d'une part, par la publicité faite autour de chaque cas signalé par les nombreuses recherches entreprises, prouvant que plusieurs espèces animales et plusieurs agents microbiens — notamment le bacille de Bang — étaient à incriminer ; et d'autre part, par le laboratoire qui permet de dépister les formes atypiques et de donner une confirmation lorsque la clinique seule a permis de faire le diagnostic.

Nous tenons à rappeler les 3 méthodes employées :

1° Le séro-diagnostic de Wright, basé sur le fait que le sérum des malades atteints de fièvre ondulante agglutine le *Bacillus Melitensis* et le bacille de Bang ;

2° L'hémoculture, qui permet la recherche directe et l'isolement du microbe causal ;

3° Une réaction allergique, l'intradermo-réaction de Burnet à la mélitine (semblable à celle de la tuberculine).

Notre maître, le Docteur BERNARD, professeur agrégé à la Faculté Catholique de Lille, ayant observé personnellement plusieurs cas de fièvre ondulante dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne, nous a donné l'idée de recueillir le maximum de cas signalés dans ces régions, d'en dresser une carte et d'apporter dans ce travail quelques contributions à l'étude clinique, épidémiologique et thérapeutique de cette maladie.

Après nous être mis en relation avec les services d'hygiène et les services vétérinaires départementaux, avec le Professeur LISBONNE, directeur du Centre de

Recherches à Montpellier, nous avons pu recueillir les adresses de médecins praticiens de la région ayant eu l'occasion d'observer des cas de fièvre ondulante en clientèle. Parmi eux, un petit nombre seulement nous ont communiqué le résultat de leurs investigations.

Sur ces bases restreintes, mais suffisantes, nous nous sommes efforcés de réaliser notre dessein.

Avant de terminer, nous tenons à assurer de toute notre reconnaissance et de toute notre gratitude chacun de ceux qui ont bien voulu nous aider dans notre modeste travail et en particulier MM. les Directeurs des Services d'Hygiène et vétérinaires départementaux, ainsi que MM. les Docteurs qui nous ont procuré des observations.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La Brucellose serait fort ancienne. Hippocrate aurait décrit des formes de fièvre prolongée, dont Eyre a voulu faire de la mélitococcie. Le premier qui lui donna une identité clinique, fut MARSTON, médecin anglais, qui, en 1859, étudia lors d'un séjour de la flotte britannique à Malte. Connue sous le nom de fièvre de Malte, on l'appela ensuite fièvre de Gibraltar, fièvre de Barcelone, fièvre Napolitaine, fièvre méditerranéenne, termes qui évoquaient les régions où elle s'est révélée avec le plus d'intensité, ce qui valut à cette maladie la dénomination de fièvre aux cent noms.

En 1883, BRUCE, au cours d'une autopsie d'un sujet mort de fièvre ondulante, découvre le microbe responsable de cette maladie et l'appelle *Bacillus Melitensis*.

En 1897, WRIGHT fait connaître son séro-diagnostic qui facilitera beaucoup l'identification de la fièvre de Malte des formes frustes en particulier.

En 1905, ZAMIT, membre de la « Commission of Méditerranée fever », est chargé de jeter les bases de la prophylaxie à Malte, car cette maladie faisait des ravages parmi les troupes de la flotte britannique. Il démontre le rôle joué par le lait dans la transmission de cette maladie.

En 1908, DANLOS, WURTZ, TANON, puis DUBOIS en 1910, découvrent la possibilité de transmission de fièvre de Malte par l'espèce ovine.

Huit années après, Miss Alice EVAN, bactériologiste américaine, étudiant l'avortement épizootique des vaches, constate que le Bacille de Bang, microbe qui produit cette affection, est identique au *Mélitensis*, elle constate la première un cas de fièvre ondulante d'origine bovine, l'identité du *bacillus abortus* et du *bacillus mélitensis* devient peu à peu une notion classique ; on crée un genre nouveau, les brucelloses, comme on avait établi une classe de salmoncelloses, pasteurelloses, etc...

1922 marque une nouvelle étape dans l'étude de la fièvre ondulante. BURNET découvre un nouveau moyen d'investigation : l'intra-dermo-réaction à la mélitine, qui permet non seulement de confirmer un diagnostic clinique, mais encore de faire un diagnostic rétrospectif même après guérison.

Grâce à cette série de découvertes qui ont facilité les recherches, on a signalé un peu partout des cas de fièvre ondulante, tel est ce qui ressort de l'enquête menée par l'Office international d'hygiène publique.

En France, c'est surtout à partir de 1900, que la fièvre de Malte est signalée sur notre territoire méditerranéen. Dans les années de 1901 à 1910, l'on situe les épidémies de St-Martiel et de Franqueraux ; la mala-

die s'étend progressivement en Provence, puis on n'en entend plus beaucoup parler, la maladie semble s'éteindre.

En 1920, véritable explosion ; cinq laboratoires spécialisés signalent, en 5 ans, 1.600 cas pour le Midi, chiffre officiel, par conséquent minima inférieur à la réalité.

On a pu suivre la marche de cette maladie infectieuse qui essaima progressivement vers le nord, par la vallée du Rhône et de la Durance vers Gap ; à la même époque, on signale plusieurs cas dans l'Aveyron et la Lozère.

En 1928, AUBLANT, DUBOIS, LAFENÊTRE et LISBONNE, faisant une enquête officielle à l'aide d'une circulaire adressée au préfet de tous les départements, ont pu établir que les cas humains étaient confinés au sud-est de la France et associés à l'avortement épizootique chez les chèvres et les brebis. Depuis, l'infection a fait tache d'huile et s'est étendue toujours plus vers le nord. Bien que le littoral méditerranéen soit l'endroit où la densité reste de beaucoup la plus forte, on peut dire qu'actuellement la fièvre ondulante est à l'état endémique dans tous les départements.

En 1930, MAGALLON signale la diffusion de la maladie dans le département de l'Isère et établit formellement la contamination de l'homme par la vache. Quelque temps après, LEDOUX et BAUFFLE publient 14 cas de fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté.

En Lorraine, PARISOT et LÉVY entreprennent le dépistage systématique des Brucelloses. Ils peuvent réunir en 3 ans le chiffre impressionnant de 96 cas de transmission à l'homme répartis comme suit : 77

dans la Meurthe-et-Moselle, 18 dans la Meuse et un dans les Vosges. Les uns sont d'origine bovine et les autres d'origine ovine.

Dans la Haute-Garonne, nous la voyons mentionnée grâce aux travaux de DUBOIS et SOLLIER. GILLES PERRES et CULTRY l'étudient dans la Drôme ; un peu partout, des conférences, des publications sont faites sur les Brucelloses.

En Eure-et-Loire, à la Société de Biologie, E. et M. T. LAGRANGE relatent quelques cas de fièvre ondulante à la séance du 21 juillet 1935.

DE TAYLOR, LISBONNE et VIDAL, dans leur rapport au Congrès d'Hygiène de 1934, ont réuni tous les cas publiés jusqu'à présent, en un seul faisceau, et en ont conclu que 59 départements étaient touchés, alors qu'on en comptait que 17, en 1925. Ces mêmes auteurs ont publié une carte dans le « Mouvement Sanitaire », N° de février 1935, il en résulte que seules 2 régions sont indemnes : l'ouest et le centre.

Nous avons lu également avec intérêt la thèse de M. FAVRET sur 8 cas de fièvre ondulante dans les départements de l'Aisne, des Ardennes et de la Marne.

A notre tour, nous avons essayé d'apporter une modeste contribution à ce sujet. Nous nous sommes efforcés de réunir, dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme et de l'Aisne, un certain nombre de cas, qui, cependant, ne peuvent servir de statistique, car bien en dessous du chiffre réel.

Des difficultés de toute nature nous ont empêché de mener notre enquête à fond. Nous avons cependant espéré donner une idée générale de la topographie de la fièvre ondulante dans le nord de la France.

Trop heureux si ce modeste travail contribue à accréditer, dans les milieux médicaux de la région, cette opinion, que la fièvre ondulante est loin d'être exceptionnelle dans nos régions du Nord, que le meilleur moyen d'en faire le diagnostic précoce, d'instituer un traitement efficace et de prendre les mesures prophylactiques les mieux appropriées, est de toujours penser à une Brucellose possible.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS CLINIQUES

Cas de Brucellose

recueillis dans le Département du Nord

I

(Résumé de l'observation VI de la thèse de M. SAPELIER)

A Valenciennes :

En 1926, M. P. F., médecin-vétérinaire dans la banlieue de Valenciennes ressent une grande faiblesse, des céphalées violentes, une anorexie tenace avec hyperthermie qui s'accompagnent de véritables débâcles sudorales. Le Docteur Petit pense à une crise de paludisme bien qu'il n'y ait aucun signe clinique.

En 1932, il a été procédé au séro-diagnostic de Wright positif au 1/300 qui permet peut-être un diagnostic rétrospectif de Brucellose qui aurait évolué durant l'année 1936.

Cette affection est fréquente dans le monde vétérinaire surtout parmi ceux qui sont partisans de la délivrance artificielle. Toutefois dans ce cas, on observe le plus souvent une manifestation locale de l'infection sous forme d'abcès, de plaies suppurantes. Nous avons recueilli ainsi une dizaine de cas incertains de Brucellose locale survenue chez des vétérinaires de la région quelques jours après avoir pratiqué une extraction placentaire sur des vaches atteintes d'avortement épizootique.

II

A Le Quesnoy :

Cas déclaré au Service Départemental d'Hygiène de Lille.

Date de la première visite : 20 juin 1931.

M. Béc..., 57 ans, rentier, habitant Le Quesnoy, après un voyage de 10 jours, à l'Exposition Coloniale de Paris, voit apparaître de la température, ressent de la courbature avec grande dépression, stupeur et asthénie. Malgré les antécédents de rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque, le laboratoire du Docteur Dubreuil, à Valenciennes, procède à une hémoculture, négative pour le typhique para A et para B et pour le *Mélitensis* ; 4 jours après, nouvelles hémocultures, positives pour le *Bacillus Mélitensis* (et non le *Bang*).

Le 11^e jour, injection de sérum Ranque et Sénez mal supportée ; le 14 juillet, consultation avec le Docteur Debray, médecin des hôpitaux de Paris.

Non convaincu de la réalité du diagnostic de Brucellose, ce dernier emporte une culture du laboratoire du Docteur Dubreuil et isole le *Bacillus Mélitensis*. Le doute n'était plus permis.

Durant la maladie, la fièvre a été régulièrement continue pendant 25 jours avec légères oscillations quotidiennes et apparition de sueurs profuses dès que la température s'abaissait ; le foie et la rate étaient augmentés de volume ; on notait des douleurs articulaires ainsi que des phénomènes pleuro-pulmonaires fugaces. Le malade a succombé le 22 juillet, d'endocardite infectieuse.

M. Béc..., consommait du lait cru ; mais M. Rousseau, docteur-vétérinaire a affirmé que la ferme où il s'approvisionnait était indemne de toute infection.

Sur le rapport du service départemental d'hygiène de Lille, il est mentionné que les médecins consultant et traitant ont émis l'hypothèse d'une contagion possible dans les souks de l'Exposition Coloniale, lors de la manipulation de nombreux tapis d'Orient tissés avec du poil de chèvre. Nous nous sommes vus obligés de faire toute réserve à ce sujet.

III

(Résumé de l'observation II de la thèse de M. SAPELIER)

A Lille :

Décembre 1931.

M. Achille, journalier, 33 ans, habitant Lille, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur pour asthénie, éblouissements et troubles gastriques accentués qui justifient son entrée à l'hôpital. A l'occasion d'un dosage du cholestérol dans le sang, il est fait un séro-diagnostic par le laboratoire de parasitologie positif au 1/150.

Le malade relate alors que 3 ans auparavant il subit quelques accès d'asthénie avec frissons, hyperthermie et des douleurs artralgiques.

M. Achille avait été ouvrier agricole, à Haution, puis à Ferronval dans l'Aisne, où le service vétérinaire signale la

présence d'avortements épizootiques ; de plus, le malade mangeait des pissenlits cueillis dans les pâturages où paissaient les bêtes infectées.

L'origine bovine ici encore ne semble pas faire de doute, retenons ce mode de contagion probable par les pissenlits.

IV

Résumé de l'observation

de MM. les Docteurs A. DUTHOIT et THÉRY (*Nord Médical*)

A Bapaume :

Février 1932.

M. H..., âgé de 40 ans, ancien gardien de la paix à Paris, puis domestique de ferme, sans antécédents personnels, vient consulter en février 1932, pour artralgie, troubles intestinaux, hyperthermie ; soigné pour grippe intestinale avec amélioration partielle. Au début de Mars, la température remonte aux environs de 38°5, 39°5, et s'y maintient.

Le Docteur Théry appelé à donner ses soins, outre la réapparition des phénomènes intestinaux et de l'artralgie, constate des sueurs profuses et de l'asthénie.

Devant l'état de prostration et d'adynamie du patient, il demande un séro-diagnostic de Vidal : réponse négative. Vers le 15 mars, une nouvelle détente nette se produit sans cependant atteindre l'apyrexie complète.

Le 26 mars, la température remonte à nouveau avec réapparition d'artralgie et sueurs profuses ; absence de phénomènes intestinaux ; on note à ce moment pour la première fois, des symptômes d'ordre pleuro-pulmonaire à la base gauche, une diminution nette de la sonorité avec souffle à timbre pleurétique ; le malade a maigri, sa température varie entre 38° et 40°. Disparition de l'artralgie et de la diarrhée.

M. le professeur Duthoit pose le diagnostic de réaction pleuro-pulmonaire chez un sujet présentant un état septicé-

mique ; tous les examens en faveur de la bacillose sont négatifs.

Le 17 mai, mettant bout à bout les feuilles de température établies depuis le mois de février, Messieurs les Docteurs Duthoit et Théry frappés du caractère ondulant de la courbe demandent le séro-diagnostic de Wright : réponse positive au 1/500 pour le mélitensis ; la réaction à la mélitine est des plus nettes.

Notons que les médecins traitants signalent une amélioration très nette par le traitement à la mélitine : une injection tous les 8 jours.

La guérison fut complétée par 6 injections de gonacrine (ampoules de 5 c/c de la solution 2 %).

V

Vert-Galant (Nord).

(Cas du soldat du 43^e R. I.)

(Forme de R. A. ¹A.)

(Résumé emprunté à la thèse de M. SAPELIER)

D... Raymond, soldat au 43^e R. I., à Lille, prend part le 23 mars 1932, à une manœuvre au fort du Vert-Galant, à Verlinghem, où il cantonne dans une ferme ; il y absorbe une certaine quantité de lait frais non bouilli.

Le 27 mai, après quelques jours de lombalgie et de courbature, accuse de l'artralgie du genou droit et de la région lombo-sacré. La température est de 38°. On institue la médication salicilée.

Le 2 juin, il entre à l'hôpital militaire de Lille, fait un gros accès de fièvre et transpire abondamment. Il est noté des clochers thermiques à 40° pendant 5 jours. Puis un véritable Kernig s'installe ; le liquide céphalo-rachidien est normal, on perçoit une grosse rate ; pas d'hématozoaire.

Le 14 juin, hémoculture négative.

Dans la suite, les symptômes diminuent d'intensité.

Le 23, on signale que l'hémoculture pousse et contient du *Brucella Mélitensis* ; le séro-diagnostic est positif à 1/800.

Il est à remarquer qu'ici le point de départ de l'infection est des plus nets, car le soldat a signalé qu'auparavant il ne se souvenait pas avoir absorbé de lait cru ou des fromages frais. De plus, les services vétérinaires signalent que la région de Verlinghem paye un lourd tribut à l'avortement épizootique.

VI

Cas de Hordain (Nord)

30 Mars 1933.

(Déclaré par le Docteur L. VIENNE,
au Service Départemental d'Hygiène de Lille)
(Forme pseudo-tuberculose)

M. Meur..., 34 ans, cultivateur à Hordain, consulte pour asthénie très marquée, amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre à oscillations régulières, dyspnée d'effort avec gêne respiratoire, toux sèche légère, hypertrophie du foie et de la rate, pas de localisation articulaire.

L'hémoculture est positive, la réaction à la mélitine est très positive.

M. Meur... consomme du lait cru et du fromage frais ; il est en contact journalier avec porcins, bovidés et ovinés.

Le vétérinaire de la région signale dans le cheptel de M. M..., deux avortements quelques mois auparavant.

TRAITEMENT : Novarsenobenzol intraveineux avec bon résultat.

VII

Cas de Landrecies

(Communiqué par le Service d'Hygiène Départemental
de Lille, 2 Mai 1933)

M. Paul C..., garde républicain, habitant caserne Charnu, à Landrecies, n'a pas quitté le Nord depuis longtemps, n'appartient pas à une famille de cultivateurs, est de l'arme à pied, a affirmé n'avoir aucun contact avec les animaux.

Le 2 mai 1933 sont apparues de la céphalée, de l'asthénie, des sueurs profuses. On a constaté 2 ondes fébriles de 12 jours chacune coupées d'une courte période d'apyrexie. Une 3^e onde fébrile semble avoir été coupée par le Novarsénobenzol. Durant le cours de la maladie, on a noté un gros foie, une grosse rate.

L'intradermoréaction à la mélitine est positive. Une série de séro-réaction donne un résultat assez curieux. Le 17 juin, séro-diagnostic de Wright positif à 1/2560 ; le 1^{er} août positif à 1/1280 ; cinq mois après la guérison, le séro était encore à 1/320 et la déviation du complément très positive.

Il a également été pratiqué plusieurs hémocultures : une première faite le 15 mai,ensemencée sur bouillon-foie est négative, bien que la culture ait été laissée un mois à étuve. Une seconde hémoculture faite le 25 mai, envoyée au C. R. F. O. de Montpellier estensemencée en atmosphère chargée de C. O.² et en atmosphère ordinaire. Seule, la première culture a poussé, le germe identifié fut le *Brucella abortus bovis* typique.

Le mode de contagé a été difficile à mettre en évidence. M. H... ne consomme pas de lait cru ni de fromages frais. Toutefois dans la même caserne habite une petite fille de 10 ans, qui aurait fait de septembre à novembre 1932, un accès de fièvre ondulante. Elle était alors domiciliée à Tumer (Basses-Alpes).

VIII

Cas d'Ors (Nord)

(Déclaré par le Docteur MOUTON, de Landrecies,
au Service Départemental d'Hygiène de Lille)

20 Mai 1933.

M. B..., 50 ans, cultivateur, habitant Ors, le 20 mai 1933, voit sa température monter à 38°4 ; il se sent fatigué ; le 24,

la température descend à 37°5 pour remonter le 30 mai, à 38°2 jusqu'à 39°4.

Il a des sueurs profuses, des artralgies, de l'asthénie.

Le docteur Dubreuil, de Valenciennes, trouve un séro-diagnostic positif à 1 500.

Le malade est en contact permanent avec porcins, bovins, équidés ; il boit du lait cru.

On signale dans sa ferme un avortement épizootique en avril 1933.

Le traitement institué fut d'abord : des injections de vaccins antimélicocciques, ensuite de la Gonacrine.

Le docteur Mouton considère que le résultat a été nul.

IX

Cas de Cartigny (Nord) (recueilli par nous-même)

Année 1935.

M. J..., vétérinaire à Cartigny (Nord) accuse durant l'année 1935, de l'asthénie, des sueurs profuses ; plusieurs ondes thermiques se sont succédé entrecoupées de plusieurs jours d'apyrexie. Le médecin traitant a noté une très grosse rate, un gros foie sans autre complication viscérale ou articulaire.

L'hémoculture sur bouillon peptone-gelose, 8 jours à l'étuve, s'est montrée négative.

Le séro-diagnostic de Wright est franchement positif à 1/2000. Nous sommes étonnés d'apprendre que l'intradermo-réaction est négative ; nous ne pouvons en savoir la cause, l'enquête ne nous a pas permis de pousser plus avant nos investigations et nous n'avons pu recueillir que cette ossature d'observation de Brucellose.

X

Cas de Prisches Grand Bréart (Arrondissement Avesnes)

(Déclaré par le Docteur RAMEZ, au Service Départemental
d'Hygiène de Lille)

18 Octobre 1935.

A Ch..., jeune homme de 17 ans, herbager, consulte le 18 octobre 1935, pour rhinopharyngite. Le médecin traitant constate de la fièvre pendant 5 à 6 jours, puis la température devient normale pendant 3 jours. Nouvelle poussée fébrile avec sueurs profuses pendant 6 jours, suivie d'une baisse de température durant 4 jours ; diminution de la transpiration, persistance des signes de rhinopharyngite.

Puis, nouvelle poussée fébrile sans signe de rhinopharyngite ; grosse rate.

Du sang est envoyé chez le Docteur Dubreuil, de Valenciennes ; réponse négative pour le typhique para A et para B (T. A. B.) ; positive pour le mélitensis au 1/1000 ; l'intradermoréaction à la mélitine est très positive.

TRAITEMENT : Les injections de vaccin iode antimélitococcique donnent une courbe de température moins oscillante et diminuent l'asthénie ; il a également été fait de la septicémie sans résultat.

Le malade semble avoir été infecté à la ferme où il travaille ; le service vétérinaire signale un avortement en 1935 et en 1936.

Or, A. Ch... avait coutume de consommer du lait cru.

XI

Cas de Courchelettes (Nord)

(Déclaré au Service Départemental d'Hygiène de Lille,
par le Docteur D...)

10 Mars 1936.

M. Ch..., ingénieur, habitant Courchelettes, près de Douai, après un séjour, du 10 février au 16 février 1936, à Abries, village des Hautes-Alpes, où il mangea tous les jours du fromage de chèvre frais, éprouve, le 10 mars, des symptômes de trachéite grippale ; le 23, anorexie, lassitude.

La température oscille entre 37° et 38°, puis pendant 48 heures, 40°, 40°6 ; le 3 avril, la température s'est abaissée à 36°8.

Du 3 au 13 avril, apparence de guérison.

Le 13 avril, recommence une période fébrile, oscillations entre 38°6 et 39°6 le soir ; langue saburale, rate hypertrophiée, pas de gros foie, pas d'arthralgie, pas de phénomène pulmonaire, mais sueurs profuses, asthénie très accentuée.

Le 22 avril, séro-diagnostic par le laboratoire Quesnoy, de Douai, négatif pour le typhique para A et para B.

Le 30 avril un séro-diagnostic fait par le Docteur Benoît donne une réaction + à 1 pour 50, pour le mélitensis, négative au I. P. 50 pour le T. A. B.

Le traitement appliqué a été des injections de tripaflavine intraveineuses, puis le vaccin antimélitococcique I. O. D. et le vaccin Dinélite ; les résultats n'ont pas été bien probants.

Il semble bien que cet homme se soit infecté en mangeant du fromage de chèvre frais, à Abries, car l'enquête vétérinaire faite à Courchelettes, montre qu'il n'y a pas d'épidémie de

fièvre de Malte dans cette localité parmi les animaux ; le laitier ne semble pas devoir être incriminé, car la femme de M. Ch..., ainsi que son enfant âgé de 2 ans, bien que consommant beaucoup de lait n'ont jamais éprouvé aucun malaise.

(N. B. — Le rapport du service d'hygiène accusait un séro-diagnostic positif à 1 pour 50 fait au laboratoire de M. Benoit, à Lille. Après informations complémentaires au dit laboratoire, nous nous sommes aperçus que la réaction était positive à 1 pour 500).

Après informations complémentaires au dit laboratoire, nous nous sommes aperçus que la réaction était positive à 1 pour 500.

XII

Cas de Flers (Nord). (Forme de pseudo-tuberculose).

(Publié par notre Maître A. BERNARD)

Jules D..., 50 ans est amené le 23 juillet 1934.

Sa maladie remonte à mars 1934, époque où il a eu des douleurs vives à la face interne des cuisses pendant 15 jours.

Fin Mars, douleurs dans les coups de pied et dans les genoux. Jusqu'en Mai, douleurs erratiques dans les muscles et dans les articulations ne nécessitant pas de repos.

En Mai, une aggravation subite se produit : frissons internes quotidiens, pendant une semaine, avec fièvre à 40°, sueurs profuses et urines rouges ; sédation pendant 4 à 6 jours, puis reprise des accès fébriles.

En deux ou trois mois, le malade a maigri de 8 kilogrs, il a perdu l'appétit et on trouve des traces d'albumine dans ses urines.

Bientôt le malade tousse et crache ; il a des sueurs abondantes la nuit et comme il est vite essouffé, on pense à une bacillose pulmonaire possible d'autant plus qu'il a beaucoup maigri. Il est soigné dans ce but jusqu'au 23 juillet 1934, jour où nous le voyons.

Nous trouvons aux deux bases des râles fins, plus nombreux à gauche. Tachycardie très marquée : 128 au repos couché. Tension 15-9. Pas d'arythmie ni de lésion orificielle ? Rate non percutable ; foie déborde de deux travers de doigt, non douloureux. Réflexes normaux ; aucun symptôme pathologique du côté des organes génitaux.

La radio montre un hile gauche un peu chargé, sans ombre pathologique du parenchyme.

La longue durée de la maladie, les caractères oscillants de la courbe thermique, les douleurs articulaires et la profession du malade, nous firent penser à la brucellose.

Les analyses de sang confirmèrent ce diagnostic (Docteur Archer).

Séro-diagnostic avec Brucella abortus positif à 1	
	3.000

Séro-diagnostic T. A. B. négatif à 1	
	50

Hémoculture négative.

Formule leucocytaire :

Poly-neutro 67.5 %

Poly-éosi 0,5 %

Lympho 18 %

Mono 14 %

URINES : Albumine 0 gr. 50, présence d'urobiline, de sels et de pigments biliaires.

TRAITEMENT : 12 injections intraveineuses de gonacrine sans résultat.

Les 18 et 24 Août, une injection intradermique de mélitine donna une réaction de Burnet positive, mais sans action sur la courbe thermique dont les oscillations évoluent aux environs de 38°5 à 39°2 pendant 6 semaines. Le pouls reste rapide à 110 ; le malade se sent très affaibli.

Le 29 Août, injections quotidiennes de septicémine Cortial dans les veines jusqu'au 8 Septembre puis tous les deux jours.

Le 9 Septembre douleurs très vives dans les muscles des membres et dans les articulations des doigts ; la préhension est très gênée.

Le malade a eu des douleurs épigastriques avec salivation abondante.

Pas de tâche cutanée ni d'épididymite.

Poumons normaux.

Pouls régulier à 100. Tension 20-9.

Albuminurie persistante.

Sang (Docteur Archer).

Séro-diagnostic avec Brucella positif à

1	1
négatif à	
1.000	1.200

Formule Leucocytaire :

P. N. 68,5 ; éosi 0,5 ; baso 1,5 ; L. 22 : Mono 7,5. Réaction de Burnet positive

TRAITEMENT. — Injection de 9 gr. 15 de Rhodarsan, chaque semaine.

Progressivement la température baisse à 38, puis entre 37 et 38 et enfin à 37°.

Le 28 décembre 1934, soit neuf mois après le début des accidents, le malade est considéré comme guéri.

Depuis un mois, la température est normale, le pouls est à 80-84.

Tension 27-12 nous apprenons que le malade était hyper tendu avant sa brucellose.

Appétit normal ; augmentation de poids

Parfois douleurs dans le deltoïde gauche et dans les articulations des doigts.

Persistance d'une albuminurie minime.

Sang : urée 0 gr. 51.

Séro-brucellose positive à	1	négative à	1
	800		1.600

XIII

Cas de Saulzoir (Nord)

(Déclaré par le Docteur PRUVOST, au Service Départemental
d'Hygiène de Lille)

1^{er} Février 1935).

M. M..., métallurgiste à Saulzoir, a eu une courbe de température tout à fait typique : 39° le matin, 40° le soir pendant 3 semaines, sans signe de localisation ; puis rémission pendant 8 jours ; nouvelle onde fébrile durant 15 jours, suivie d'une rémission de 8 jours. Le 17 mars, douleurs au niveau de l'épaule droite avec gêne fonctionnelle importante, tandis que recommence une nouvelle période fébrile de 10 jours suivie d'une rémission de 8 jours, puis nouvelle onde fébrile de 10 jours, rémission de 8 jours ; puis température 38°, 39° pendant 10 jours ; retour à l'état normal avec persistance, d'une légère arthrite. Pendant toute la durée de la maladie, il a eu des sueurs profuses et une asthénie intense.

Une hémoculture pratiquée le 20 mars, est positive pour le bacille de Bang.

Toutefois, le 10 février, un séro-diagnostic est fait, il donne aussi une réaction positive pour le bacille d'Eberth.

Le malade semble avoir été contaminé à la ferme de son père où il allait traire les vaches et où le service vétérinaire signale un avortement épizootique en décembre 1934.

TRAITEMENT : Antithermiques ; la septicémine à haute dose semble avoir écourté les ondes thermiques et diminué l'asthénie.

XIV

Cas de Lille (Nord). (Forme pseudo-tuberculose).

(Diagnostiqué par notre Maître A. BERNARD)

Mouil... Pierre, 24 ans, commis aux abattoirs (1923).

20 Avril 1934. Toux, crachats, râles de bronchite depuis un mois, amaigrissement de 6 kilogr, fièvre continue avec poussées intermittentes à 39°, a eu douleurs avec gonflement des genoux.

Examen somatique, pas d'adénopathie, foie rate, réflexes, normaux.

Radiographie pulmonaire : pas d'ombre anormale ; analyse du sang ; agglutination du bacillus mélitensis positive à

1	en 2 heures à	1	en 5 heures	1	en 12 heures
400		800		3 200	

(Docteur Archer).

Guérison en un mois, après 5 injections intraveineuses de 914.

XV

Cas de Basuel. (Forme pseudo-tuberculose).

(Diagnostiqué par notre Maître A. BERNARD)

Bru... Désiré, 47 ans, cultivateur. Vu par nous, le 3 Juin 1936. Depuis 4 mois, toux, crachats, considéré comme bronchitique au début (aspect de tuberculose) ; depuis un mois, frissons et fièvre à 39° le soir, selles molles avec glaires ; appétit diminué, amaigrissement de 3 kilos.

Examen somatique (Pouls 69), pas de lésions orificielles cardiaques, rate percutable : pas de tâches rosées, réflexes normaux. Légère douleur du point vésiculaire.

RADIOLOGIE : Vésicule colorée sans calcul, estomac normal en tous points : forme, contractions, évacuation.

SANG : Hémoculture négative.

Formule leucocitaire : P N 47. P B. 0,5.

Lymphocytes, 19.

Mononucléaires, 32,5.

Séro diagnostic au T A B, négatif.

Séro diagn. avec brucella abortus positif au delà de 1

200

(Docteur Archer).

TRAITEMENT : Injections intraveineuses de gonacrine.
Chûte de la température en huit jours.

XVI

Cas de Le Mesnil (Nord). (Forme de pseudo-tuberculose).

(Diagnostiqué par notre Maître A. BERNARD)

Houq... Henri, cultivateur, 19 ans 1/2.

5 juillet 1935. Douleurs lombaires depuis 2 mois, sueurs nocturnes, frissons le soir, salivation, maigri, pâli. Examen somatique foie, rate, réflexes normaux.

Radiographie thoracique normale.

SANG : Séro diagnostic T A B, négatif.

Séro diagnostic avec bacillus abortus (Docteur Archer),
positif de 1 jusqu'à 1

200

1.000

20-7-35. Toux, crachats, température 37°7 à 38°7. Amaigrissement, rate percutable.

TRAITEMENT : 6 gr. de salicylate de soude par jour.

20 Août, plus de douleurs, ni fièvre. La température monte à 38°7, après une courte promenade, rate toujours percutable.

17 septembre 1935, guérison ; le séro-diagnostic du bacillus abortus était positif jusqu'à 1

600

CHAPITRE IV

Cas de Brucellose **recueillis dans le Département de l'Aisne**

XVII

Cas de Lesmé. (Forme pneumonie prolongée).

Résumé de l'observation V de la thèse de M. FAVRET sur la
Fièvre ondulante dans l'Aisne, la Marne et les Ardennes.

Mme D..., 40 ans, fermière à Lesmé.

Début par foyer pulmonaire droit, forme pneumonique à caractère grave, température à 40°. Etat général alarmant, dyspnée intense. Ce n'est que vers le 15^e jour qu'à l'auscultation, les signes pulmonaires s'amendent. Cependant, la température reste au-dessus de 39° et l'état général reste grave.

Mon remplaçant (Docteur Jolicœur) que je trouve à ce moment pense, d'accord avec un médecin consultant, qu'il s'agit là d'une tuberculose aiguë.

A l'examen, je trouve des traces d'un foyer pulmonaire en régression à droite, mais que n'explique pas la température encore élevée et le mauvais état général. La rate est nettement percutable et le foie un peu gros. Le cœur tient bien,

aucun bruit anormal. Le pouls est à 140 avec température à 39°6.

Les analyses suivantes sont faites :

Crachats : néant.

Urine : trace d'albumine.

Hémoculture : néant.

Séro-diagnostic négatif à l'Eberth et aux para, mais positif au melitensis abortus au 1/1.000°.

Pendant une vingtaine de jours encore, la température reste élevée, résistant à toutes les médications.

Seule, la gonacrine a paru donner quelque chose et amener une chute de température vers le 40° jour de la maladie ; non sans donner une albuminurie massive avec hématurie, bien que j'eusse manié le médicament avec prudence.

En résumé, fièvre ondulante à forme pneumonique caractérisée par des foyers congestifs d'un poulmon et un état grave pendant 40 jours.

Fièvre élevée sans le moindre caractère ondulant.

Evolution vers la guérison, sans séquelle.

La malade exploitait une ferme où il y avait eu l'année précédente de nombreux avortements épizootiques chez les vaches.

XVIII

Cas de Roquigny (Aisne). (Forme pseudo-tuberculose).

Publié par notre Maître le Docteur BERNARD.

(Sciences médicales)

Antoine Det..., 30 ans, est malade depuis le début de janvier 1934 ; grippe avec toux et expectoration peu abondante. Le 23 janvier 1934, la fièvre monte et le malade transpire abondamment la nuit.

Le 24 janvier : 40° et le 25 janvier 40°5. Courbatures fébriles, pas de signes de localisation, sauf quelques râles de bronchite. Foie et rate de volume normal.

TRAITEMENT : Injections de vaccin polyvalent de Bruschettini ; salicylate de soude.

La température a baissé progressivement ; puis le malade a repris ses occupations.

Il n'a pas consigné sa température jusqu'au 17 février ; mais il n'était pas guéri ; ses forces diminuaient toutes les nuits, il était en proie à des sueurs profuses.

Le 17 février : température à 39°2.

Le 18 février : température à 40°2.

Reprise des injections de vaccin auxquelles on a ajouté l'autohémothérapie. La fièvre a baissé, mais est restée cantonnée entre 37°2 et 38°2.

Le 3 mars, nouvelle ascension à 39° qui a duré quatre jours.

A ce moment, le malade toujours asthénique, n'a pas beaucoup maigri, malgré deux mois de maladie.

Facies rouge ; pas de tymphos.

L'examen permet de noter :

Quelques râles de bronchite. Pas de grosse rate, foie normal. Pas de tâches rosées.

A signaler un fait nouveau depuis huit mois : arthralgies intenses aux genoux et aux poignets, réflexes normaux.

L'aspect clinique et l'évolution n'évoquaient pas l'idée de fièvre typhoïde, d'ailleurs le séro-diagnostic de Vidal était négatif.

Pensant à une brucellose à cause de la courbe fébrile, nous pratiquâmes les analyses suivantes : (Docteur Archer).

Hémoculture : négative après quinze jours d'étuve.

Séro-diagnostic de Wright positif avec brucella abortus de 1.100° à 1/4.000° et sans doute au delà.

Formule leucocytaire :

Poly neutre	70 %
Poly eosi	1 %
Lymphocytes	22 %
Monocytes	7 %

Recherche de l'hémotozoaire, négative.

L'intra dermo réaction à la mélitine a été positive.

Le traitement consista en injections intraveineuses de sep-

ticémine. Dès le lendemain de la première injection, la température tombait à 37°2, puis oscillait autour de 37° pendant 3 semaines. Les injections furent quotidiennes pendant six jours, puis furent faites tous les deux jours.

L'on croyait la partie gagnée, lorsque la température monta subitement à 39°3 le 26 mars, et à 40° le 27.

Une intra dermo réaction positive à la mélitine fut faite le 27 et, fait curieux, le lendemain, la température baissa pour atteindre la normale en deux jours.

Depuis cette dernière flambée thermique, le malade est guéri.

M. Antoine Det... avait à deux reprises, délivré une vache atteinte d'avortement épizootique.

XIX

Cas de Beauregard.

Résumé de l'observation VII de la thèse de M. FAVRET sur la *Fièvre ondulante* dans l'Aisne, la Marne et les Ardennes.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, professeur à l'Ecole Herbagère de Beauregard qui, au début d'avril 1933, a présenté des accès fébriles intermittents.

Le malade est amené à la consultation par son directeur, le 6 mai 1933. Il avait reçu les soins d'un confrère voisin qui, paraît-il, n'avait pas formulé de diagnostic précis.

Interrogeant le Directeur, j'appris qu'il y avait eu à l'Ecole plusieurs cas d'avortement épizootique.

Je fis une prise de sang pour un séro-diagnostic. Le laboratoire départemental de bactériologie de l'Aisne répondit, positif au *Melitensis abortus*.

A cette époque, le malade faisait des accès fébriles de 38° le matin, et 39°, 39°5 le soir, cela dura pendant une huitaine de jours.

Revenu à la consultation une dizaine de jours plus tard, il était apyrétique et me signalait qu'au moment de ses poussées fébriles, il souffrait de myalgies cervicales.

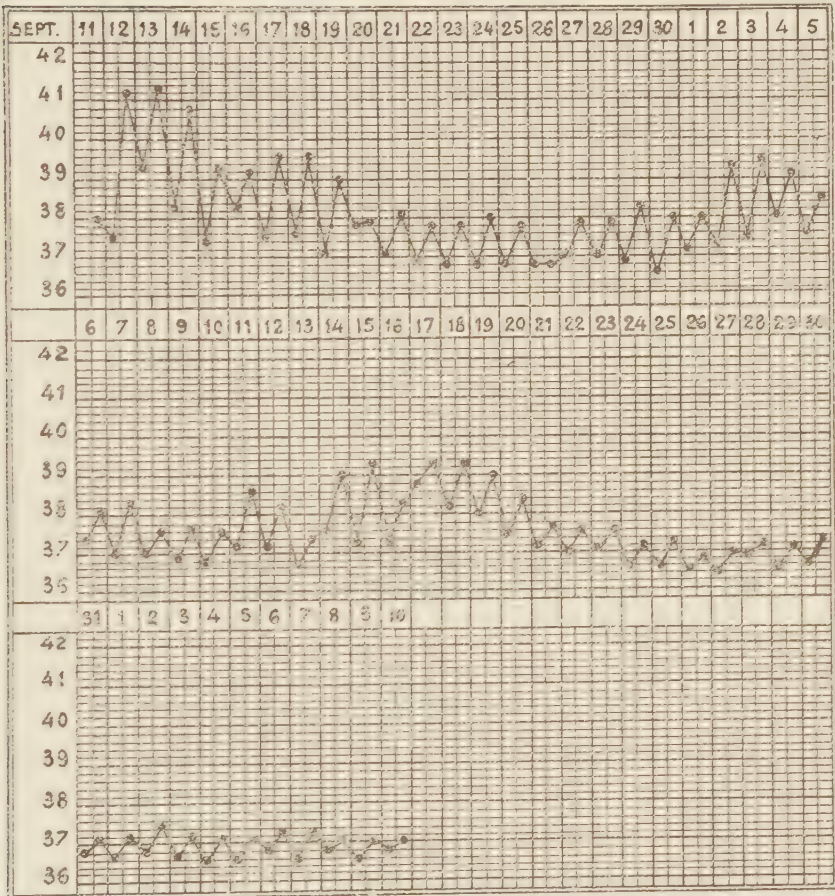
C'était avec la fièvre, les seuls symptômes qu'il éprouvait.

Il était entendu avec le malade qu'à sa prochaine poussée fébrile, on ferait une hémoculture. Il n'est jamais revenu.

XX

Résumé de l'observation VI de la thèse de M. FAVRET sur la
Fièvre ondulante dans l'Aisne, la Marne et les Ardennes.

M. L. . à Monceau, 25 ans, ouvrier de culture.



Cas de Monceau

Ce jeune homme aurait enterré un veau mort-né dans la ferme de son patron, en mai dernier.

D'après la famille, depuis lors, il n'aurait plus jamais été bien portant, sans que son état ait pour cela nécessité la visite d'un médecin.

Il vient à la consultation le 19 septembre : état général mauvais, température 38°5, courbatures, rien de spécial à l'examen.

Le surlendemain, je le revois à domicile, il est alité, température à 38°5, pouls à 75 (dissociation), aspect de typhique, quelques douleurs abdominales vagues, spécialement dans la fosse iliaque droite qui gargouille. Rate grosse. Toux légère. Je pense à la typhoïde.

Analyse du sang : négative à l'Eberth et aux para, mais positive au *melitensis-abortus* au 1/500.

Evolution en une douzaine de jours vers la guérison, semble-t-il.

XXI

Cas de Montigny-en-Thiérache (Aisne).

Communiqué par le Docteur RUBY (Laon)

M. Bernard M..., 18 ans, ouvrier agricole, habitant Montigny-en-Thiérache, malade depuis 8 jours, pas de vomissements, pas d'épistaxis, accuse de la fièvre, de la céphalée, de la diarrhée.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu de Laon, le 9 juillet 1934, on constate le soir 40°2, le lendemain matin 38°5, la diarrhée persiste, le pouls tout à fait particulier, lent à 60, dicrote ; rate percutable, taches rosées 2 ou 3, rien à l'auscultation.

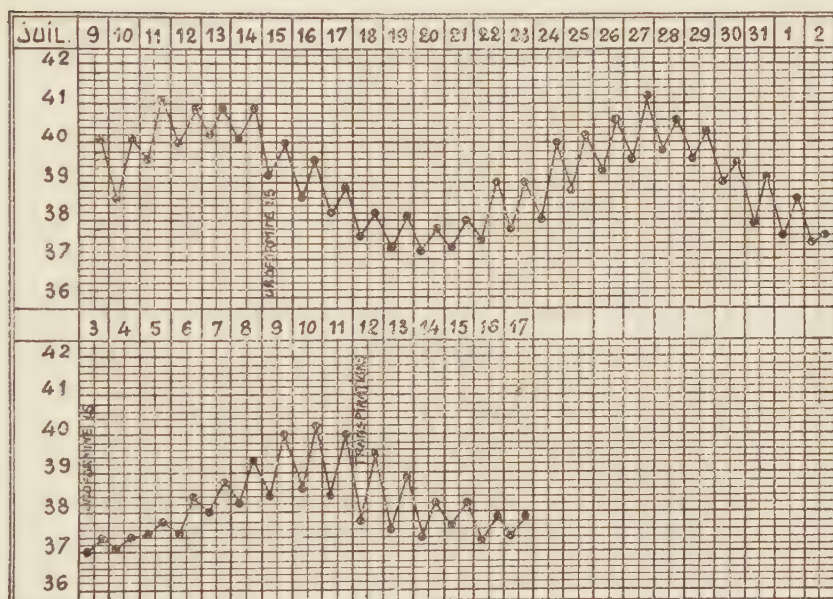
Le 10 juillet, prise de sang pour hémoculture, alors que la température atteignait 40°2.

Après 24 heures à l'étuve, le résultat est négatif.

Le 13 juillet, la température reste très élevée, se maintient en plateau, entre 40 et 41°.

Malgré cela, l'état général ne semble pas très touché, il

n'est pas prostré, pas de stupeur, ni de délire ; le même jour, prise de sang pour séro-diagnostic fait à l'Hôtel-Dieu de Laon ; résultat : positif au Mélitensis abortus au 1/1.500 ; négatif aux para-typhiques A et B et à l'Eberth.



Cas de Montigny-en-Thiérache

M. Bernard M... conduisait les chevaux à la ferme, s'occupait des vaches, les trayait. Deux ans auparavant, il y avait eu plusieurs avortements dans le troupeau, il ne se souvient pas qu'il y en ait eu depuis.

Le 10-8-1934, la courbe de la température est bien ondulante ; restée aux environs de 40°, 41°, pendant 6 jours, elle descend à 37° le 20 août, pour remonter à 41° le 27 août, puis redescendre à 37° le 2 septembre. Le 3 septembre, elle remonte, pour atteindre 40° le 10 septembre. Elle redescend à 37°, le 18 septembre.

La tension artérielle est tombée à 9-5 au Pachon.

Pas de sueurs, pas de douleurs, rien aux bourses, rate percutable. Du 25 au 31 juillet, le traitement par gonacrine paraît sans influence sur la courbe thermique, de même que l'uroformine à la dose de 1 gr. 50 par jour.

Seul le traitement symptomatique semble avoir soulagé le malade qui est sorti le 6-10-34, alors que sa température était aux environs de 37°5 depuis 12 jours.

XXII

Cas de Sainte-Preuve (Aisne), Novembre 1935. (Forme de pseudo-tuberculose).

(Recueilli par nous-mêmes auprès du Docteur FRAELICHER,
de Sissonne)

M. R... à la suite d'une cure de hernie étranglée à l'Hôpital de Laon, voit sa température monter et atteindre 39°5, 10 jours après l'intervention. Le chirurgien a l'impression d'une affection médicale et renvoie M. R... dans ses foyers. M. Fraelicher appelé à le soigner, a l'impression de se trouver en présence d'une tuberculose évolutive, car, l'amaigrissement était très prononcé, les sueurs abondantes. Celles-ci avaient un type spécial, elles commençaient régulièrement vers 3 heures de l'après-midi et se prolongeaient jusqu'au lendemain matin, seulement, il n'y avait pas de tephos, pas de diarrhée, pas de grosse rate, le reste de l'examen clinique était négatif.

Devant l'absence de signes pulmonaires, le Docteur Fraelicher pensant à une fièvre de Malte envoie du sang au laboratoire du Docteur Chossut-Perret, à Laon. Le séro-diagnostic est positif à 1/1.000 pour le *Mélitensis* et négatif pour l'Eberth.

Pendant tout le temps qu'avaient duré ces investigations, c'est-à-dire pendant 25 jours, la fièvre avait été en plateau dans les environs de 38°9, 39°8.

Le traitement à la septicémine n'a modifié en rien le cours de la maladie, il en a été de même pour la gonacrine. Seul le novarsénobenzol semble avoir donné un résultat, car à la troisième ampoule, la température était revenue à la normale; cependant nous devons mentionner que c'est à ce moment que sont apparues des arthralgies légères; les douleurs et l'impotence fonctionnelle en résultant sont allées en s'atténuant. La santé de M. R... actuellement est redevenue normale.

Notre enquête sur le mode de contagion de ce cas, nous apprend que M. R..., était ouvrier de culture et surtout ce qu'on appelle dans l'Aisne « ouvrier de cour », sa mission était de s'occuper des animaux de la ferme en général. Il avait aidé le vétérinaire à délivrer une vache atteinte d'avortement épizootique.

Le Docteur Fraelicher au cours de l'entretien qu'il nous a accordé, nous cite de mémoire, un autre cas de Brucellose diagnostiqué en 1934.

M. M..., ouvrier métallurgiste, habitant Châlons-sur-Marne, sur le conseil d'un parent est venu à la consultation, présenté comme tuberculeux pulmonaire au dernier stade. En effet, à l'inspection, amaigrissement très prononcé, sueurs moites, le malade était secoué d'une toux fréquente, le thermomètre marquait 38°. Toutefois, l'auscultation attentive donnait un murmure vésiculaire normal. A tout hasard, un séro-diagnostic de Wright est fait : positif à 1/500. Un traitement au Novarsenobenzol donne des résultats très nets, la guérison est rapide.

Le mode de contagion n'a pu être mis en évidence, M. M..., n'avait aucun contact avec les animaux, mais il était sujet Italien et habitait, il y a 10 ans, une région infectée de Brucellose.

XXIII

Observation N° 3 de la thèse de M. SAPELIER)

M. T... *Juvenal à Acherly* (Aisne). Lieu de contagion : Aisne.
(Forme de pseudo-paratyphoïde).

Ce sujet est serrurier, âgé de 39 ans; il fit au début de 1931, des manifestations grippales avec fièvre légère, anorexie,

courbature, asthénie et frissons revenant seulement par accès la nuit.

Il se mit au lit le 15 avril pour ces divers malaises, avec une température de 40°. Celle-ci oscilla dans la suite entre 41°6 et 41°8. Il resta ainsi couché cinq semaines, souffrant de céphalée, de courbatures, d'anorexie, d'irritabilité. L'amai-grissement fut considérable et le diagnostic fut porté, vu les troubles digestifs, de paratyphoïde. Au point de vue thermique, ici encore, il ne fut noté qu'une seule onde fébrile de 39° à 40° pendant dix jours, puis descente en Lysis.

Le séro-diagnostic de Wright sur le sérum du malade fut reconnu positif au 1/1.280°, ce qui prouve la netteté de l'infection. L'essai d'hémoculture pratiqué au moment d'un clocher thermique, dans les conditions les plus favorables, fut négatif.

XXIV

OBSERVATION N° 4 de la thèse de M. SAPELIER
R... *Gaston*, à *Barenton* (Aisne). Lieu de contagé : Aisne.

(Forme pseudo-paratyphoïde)

Cet homme, cultivateur, âgé de 52 ans, était depuis février 1931, en mauvais état de santé, il souffrait de troubles entériques prononcés avec symptômes diarrhéiques et coliques permanentes. Il maigrissait, se sentait fatigué le soir et cette asthénie devenait de plus en plus accusée. Il fit une sciatique à la fin de mars. La température s'éleva alors au cours de ces manifestations infectieuses à 38°5 ; il se mit au lit le 18 avril pour asthénie, température 40°5 le soir, rémission à 38° le matin. Sa diarrhée a persisté, les coliques également, pas d'irritation nerveuse. Il est déprimé, il sue abondamment pendant les accès de fièvre, il est resté couché tout le mois d'août, puis il s'est levé progressivement. De 89 kilos, il est tombé à 75 kilos. Le diagnostic initialement porté fut paratyphoïde.

Le médecin traitant, Docteur Macon, de Laon (Aisne), pratiqua alors la séro-réaction de Wright, qui fut positive à 1/1.280. Les douleurs aux jambes et aux épaules persistèrent assez longtemps, après la reprise du travail.

CHAPITRE V

Observations cliniques recueillies dans le Département du Pas-de-Calais

XXV

OBSERVATION N° 1 de la thèse de M. SAPELIER

A Vaudricourt (Pas-de-Calais) L... Augustin.

Lieu de contagé : Pas-de-Calais

Mineur, âgé de 32 ans, occasionnellement cultivateur.

Ce sujet tomba malade le 10 mai 1931. Les symptômes primaires furent, une asthénie qui, d'abord marquée le soir, se généralisa bientôt, en même temps que se manifestaient des sueurs nocturnes abondantes. Il s'alita les 18 et 19, pour manque de forces et courbatures. Cette symptomatologie ne tarda pas à s'enrichir de frissons, de sensation d'hyperthermie, d'excitabilité nerveuse, sans insomnie toutefois. Les symptômes digestifs restaient vagues : anorexie pendant une semaine ; pas de constipation, pas de symptômes diarrhéiques, pas de douleurs arthralgiques.

Ces phénomènes morbides se regressant pas, il se présenta le 8 juin 1931, à la consultation externe de gastro-entérologie à l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, où l'avait envoyé le Docteur Ch. Loy, de Verquin (Pas-de-Calais), son médecin traitant.

L'amaigrissement, la fatigue et une pesanteur inaccoutumée, accompagnés de gêne épigastrique, étaient les raisons qui l'avaient amené à cette décision. Un échantillon de

sérum prélevé pour dosage du Cholestérol fut reconnu agglutinable au 1/640^e par le Laboratoire de Parasitologie.

L'hémoculture faite fut négative.

De l'enquête épidémiologique, il ressort que ce malade, très sobre, vivait dans des conditions d'hygiène assez satisfaisantes.

Son dossier ne révèle qu'un contact lointain avec les animaux. Mineur, il n'a pas de contact avec les chevaux au fond de la mine. Les années précédentes, il travaillait chez ses parents qui ont trois chèvres, dont l'une âgée et malade a avorté plusieurs fois, et chez un voisin qui possédait quatre à cinq vaches, chez lesquelles on n'a relevé aucune trace d'infection. Le malade déclare que cette année, il n'a pas eu de contact avec ces animaux, qui d'ailleurs n'auraient eu du lait que depuis qu'il est malade. Il ne boit que du lait de vache bouilli, et jamais de lait de chèvre. Ses déclarations sont formelles sur ce point. Il n'absorbe pas de viande crue, il ne boit pas d'eau.

XXVI

Observation N° 8 de la thèse de M. Sapehier
(Forme de pseudo-paratyphoïde)

Maubeuge : D... Fernand, soldat au 305^e R. Ch.

Lieu de contagie : Pas-de-Calais.

Ce sujet entre le 9 juin 1931, à l'Hôpital Militaire de Maubeuge pour congestion pulmonaire de la base gauche ; la température est de 39°6. Parmi ses antécédents, on relève qu'il faisait avant son incorporation le métier d'ouvrier agricole dans la région de Mont-Saint-Eloi (Pas-de-Calais). Depuis deux ans et demi environ, il souffre d'une façon indéterminée : il a légèrement maigri, est très las, a eu deux ou trois poussées fébriles, des sudations abondantes, et le médecin qui l'a soigné à l'époque a cru à la tuberculose.

Après une amélioration notable dès mise au lit, on note le 15, un clocher à 40° ; la céphalée est violente ; pourtant les signes d'auscultation sont négatifs. Il en est ainsi pendant plusieurs jours ; les phases de rémission alternent avec les épisodes fébriles à prédominance vespérale. Le malade est prostré ; la constipation fait suite à des manifestations diarrhéiques marquées ; les sudations sont toujours abondantes.

Le traitement est mené surtout sur le terrain anti-infectieux : électargol, urotropine intraveineux. Le 23 juin, envoi de sang au laboratoire pour séro-diagnostic de la typhoïde, le 12 juillet, hémoculture. Le malade reste à l'hôpital, jusqu'en septembre, et fait en août et au début de septembre, des élévations thermiques sans concomitance de signes cliniques.

Le séro-diagnostic pour la typhoïde en date du 29 juin, fut négatif. L'hémoculture ne donna pas plus de résultats ; un séro-diagnostic demandé le 16 septembre, pour la fièvre ondulante fut nettement positif au 1/800° ; les inoculations au cobaye ayant été négatives, au point de vue tuberculose, et les Vernes résorcine n'ayant pas donné plus de 20 à l'examen néphélométrique.

Il s'agissait donc, ici encore, d'un cas de Brucellose d'allure subaiguë rentrant dans le cadre classique que nous avons précédemment signalé.

L'enquête épidémiologique n'a pu être faite, bien qu'elle eût été, comme les autres, des plus intéressantes et des plus instructives.

XXVII

Cas d'Averdoingt (Pas-de-Calais).

Recueilli lors d'une conférence de M. BOULANGER,
faite à Arras

M. M..., fermier, est pris en octobre 1931, d'une fièvre violente oscillant de 39°5 à 40°3, pendant 10 jours. La rate est percutable ; la langue saburrale, une céphalalgie très

violente a été continue pendant 10 jours. Il a sur l'abdomen des plaques d'urticaire qui auraient fait penser à une intoxication alimentaire. Un séro-diagnostic Widal est négatif.

Le 10^e jour, la fièvre tombe, le malade se croit guéri, cependant l'asthénie persiste, l'anorexie va de pair avec des troubles dyspeptiques.

Le malade est revu le 5 juin 1932. Il est amaigri et anémié. La fièvre, qui oscille entre 38° et 39°, s'accompagne de crises sudorales, la rate est palpable, le foie est gros. Une intra-dermo réaction est nettement positive. Le Laboratoire Vanstenberghe, de Lille, renvoie un séro-diagnostic positif à 1/300. Hémoculture négative. Il a été procédé à un étalement du sang qui a donné le résultat suivant :

Globules rouges..... 4.000.000

Globules blancs..... 4.100

Hémoglobine 50 %

Il n'y a pas d'éléments anormaux. Le malade doit s'aliter, la température oscille entre 39° et 40°. La rate reste énorme, le foie déborde les fausses côtes. On note de l'arythmie, quelques accidents pulmonaires.

Le traitement institué d'abord comporte de l'adrénaline en lavements, puis des injections de pyoformine, sans amélioration.

Un traitement à la Gonacrine ampoules de 5 c/c à 2 % à 2 jours d'intervalle ne change pas le cours de la maladie. Une amélioration se produit vivement avec le jaune-d'ani-line. En septembre, le malade est complètement rétabli.

XXVIII

Cas fourni par le Docteur BLASART (Noyelle-Vion) Pas-de-Calais).

M. X... habitant les environs immédiats de Noyelle-Vion, consulte le 1^{er} mars 1933, pour sueurs, asthénie. Il présente une température au-dessus de la normale (au dire du médecin traitant).

A l'examen, on constate la présence d'une grosse rate. Il n'y a pas de complications viscérales, ni de complications

articulaires. Plusieurs ondes thermiques se sont succédé avec rémissions. La réaction à la mélitine est très positive. Le séro-diagnostic est positif à 1/1.500.

Le 20 septembre 1932, le malade signale avoir assisté à délivrer une vache infectée d'avortement épizootique.

Bien que cette observation soit incomplète, nous l'avons quand même insérée dans cet ouvrage, car les éléments que nous a fournis l'enquête, nous paraissent suffisants pour édifier un diagnostic certain.

XXIX

Cas de Sombrin (Pas-de-Calais), recueilli lors d'une conférence du Docteur BOULANGER.

M. H... habitant Sombrin, consulte le Docteur Boulanger pour asthénie. Rien d'intéressant dans ses antécédents ? Il a toujours été bien portant. Il accuse une orchite à gauche, existant depuis le début d'avril. L'épidydime est assez gros, adénite inguinale et axillaire. Le fofe déborde le rebord costal. L'auscultation du cœur, du poudons est négative. L'intra-dermo réaction de Burnel est nettement positive. Un traitement symptomatique banal amène la guérison.

En juillet 1934, alors qu'on avait pratiqué une nouvelle intra-dermo-réaction, d'ailleurs fortement positive, on voit se déclencher une nouvelle onde thermique. Trois injections intra-veineuses de Trypaflavine améliorent l'état du malade.

XXX

Baudricourt (Pas-de-Calais), Février 1935.

Recueilli lors d'une conférence du Docteur BOULANGER
sur la Mélitococcie

Mme R..., 30 ans, fermière, a toujours été bien portante, elle est prise en février 1935, d'une crise d'étouffement. Le

médecin traitant la trouve couverte de sueurs, véritablement noyée dans son lit, la température est de 37°8. La malade accuse de la courbature. L'examen révèle une grosse rate, un foie débordant d'un travers de doigt.

Au bout de quelques jours, nouvelles crises d'étouffement avec hyperthermie. Plusieurs ondes thermiques se seraient succédé jusqu'en avril 1935. De l'avis du médecin traitant, l'acétylarsan aurait amené une grosse amélioration.

Depuis trois ans dans la ferme de M. R..., aucune vache n'a donné un veau. Elles avortent toutes avant le terme. Notons également que l'étable est une ancienne bergerie.

Un séro-diagnostic pour la Brucellose est positif jusqu'au 1/250.

XXXI

Cas de Izel-les-Hameaux (Pas-de-Calais) près de Noyelle-Vion.

(Recueilli par nous auprès du Docteur BLASART)

1^{er} Mars 1936.

M. D..., fermier, consulte pour fièvre élevée 39° le matin, 40° le soir, période de rémission de quelques jours, puis reprise de la fièvre, sueurs abondantes, signes de pleurite, douleurs articulaires notamment. Sang dans les matières, grosse rate.

On pratique un séro-diagnostic de Wright, chez M. Vans-tenberghe, de Lille, il est positif au 1/200. Une intra-dermo-réaction à l'abortine est très positive.

Le traitement institué est la pyoformine, injection journalière. Deux injections par semaine de Novar. En juin, le malade va mieux, il lui reste de l'asthénie, des douleurs articulaires.

On n'a pu trouver aucun foyer d'infection dans la ferme de M. D..., mais il se rappelle avoir délivré en septembre 1934, une vache qui avait avorté dans la ferme voisine.

XXXII

Cas de Cambrin (Pas-de-Calais). (Forme de pseudo-grip-pale).

(Communiqué par le Bureau Départemental d'Hygiène)

Avril 1933.

Le gendarme Saison est en service à la brigade de Cambrin, le 27-4-33 ; il était depuis 1927, affecté à la brigade de Montreuil-sur-Mer.

Il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu d'indisponibilité. En décembre 1933, il a la grippe, traité à l'Hôpital Militaire de Lille jusque fin janvier 1934. Revenu à Cambrin, le Docteur Maniez, le trouvant non guéri le radiographie, examine ses crachats sans résultat ; la fièvre ayant repris en fin février, il l'envoie le 5 mars, à l'Hôpital Militaire de Lille, en demandant qu'on fasse un séro-diagnostic. D'après les renseignements fournis par cet Hôpital « les symptômes chimiques très nets et les examens sérologiques positifs » permettent d'affirmer que le gendarme Saison est atteint de maladie n° 16 (fièvre ondulante).

Le gendarme Saison d'après enquête faite le 21 avril 1934, n'aurait jamais été malade avant la grippe qu'il a eue en décembre 1933. N'a jamais été en rapport avec des bovidés, prend du lait à la ferme Delétré, à Cambrin, sa femme et ses quatre enfants boivent de ce lait et n'ont jamais été incommodés. Aucun des chevaux de la brigade n'est malade et d'après les renseignements fournis par le Maire et le Vétérinaire, aucun cas d'avortement épizootique des bovidés n'est connu dans la région.

En ce qui concerne le gendarme Saison, l'incubation paraît avoir été bien prolongée, huit mois, si l'on pouvait penser qu'il eût contracté la fièvre ondulante à Montreuil.

XXXIII

Cas de Oisy-le-Verger (Pas-de-Calais).

(Recueilli par nous-mêmes)

(Complication névralgie faciale)

Juin 1926.

M. C..., vétérinaire à Oisy-le-Verger, au début du mois de juin 1926, ressent de la courbature, de la céphalée, la température est à 38°8. M. C... continue son travail pendant 3 jours, lorsque brutalement, sa température monte à 40°4. Les symptômes dominants sont de la courbature dans les membres supérieurs. Des douleurs d'une violence extrême dans le domaine du facial droit, nécessitent en 24 heures, l'injection de 3 ctg. de morphine et de 20 injections d'alcool novocaïne sous le cuir chevelu, sueurs profuses, amaigrissement considérable, fièvre à type ondulant restée à 40°7 pendant 3 jours, elle descendit progressivement à 37°8, 38° y resta 3 jours, remonta plusieurs jours à 40°, puis redescendit à 38°. Le pouls aurait durant toute la maladie accusé 80 pulsations à la minute. Le 15 juillet, M. C... entra en convalescence pendant six semaines. Il est à noter que la vue a baissé considérablement et les cheveux sont devenus très grisonnants en 3 semaines.

Un séro-diagnostic de Wright pratiqué plusieurs années après au Laboratoire du Professeur Verge de l'Ecole d'Alfort, donna un résultat positif jusqu'à 1/1.000 ; le liquide céphalo-rachidien, examiné au moment de la maladie, fut trouvé normal.

M. C..., 8 jours avant le début de sa maladie, avait eu à procéder à une délivrance artificielle qui avait duré deux heures, à la suite de quoi, des excoriations du bras gauche s'étaient infectées.

XXXIV

Cas de Camblain-l'Abbé (Pas-de-Calais. (Forme de pseudo-tuberculose).

Diagnostiqué par notre Maître A. BERNARD

M. B..., 42 ans, marchand de vaches. Vu par nous.

4 février 1935. En été 1934, le malade s'est senti fatigué, asthénique. Puis, il s'est remis lentement et a pu faire son travail de moisson. Deux voyages en Normandie, en septembre et novembre, pour des achats, sont suivis de rechute avec asthénie.

Fin décembre 1934, fièvre avec frissons pendant 10 à 15 jours. Puis, petite amélioration pendant 15 jours, pendant lesquels il a repris son travail.

Depuis le 20 janvier, température entre 38°5 et 40°8, chaque soir. Cependant faciès calmes, rosé, reposé, malgré une fièvre élevée, toux, crachats mucopurulents.

Examen somatique. Quelques râles sibillants, sans foyer ni dyspnée. Pouls 92, T 40°5, foie et rate normaux, pas de taches rosées.

Radiographie : aucune ombre pulmonaire.

Réaction du Burnet positive.

Persistance de la fièvre pendant un mois ; puis descente en lysis jusqu'à fin mars.

Apyrexie, trois semaines.

Reprise de la fièvre au début de mai, 38°5, 39°5.

25 mai 1935, epistaxis, taches purpuriques minuscules, nombreuses sur tout le corps (membres et tronc).

Myalgies, très prononcées.

Foie énorme, débordant de 8 c. voussurant l'épigastre, peu douloureux non bosselé.

Rate et cœur normaux.

Poumons : obscurité aux deux bases, avec quelques râles fins à gauche.

Température 39°7, tension 11-6.5, urines normales.

Sang (Docteur Archer). Hemoculture négative.

Formule P N 76. L 13, mono 11.

Glycémie, 9 gr. 96, cholestérinémie, 1 gr. 36.

TRAITEMENT : Septicémine intraveineuse, drainage des voies biliaires.

8 juillet 1935. Reprise de la fièvre depuis 10 jours, 39°. Orchite droite, puis hydarthrose du genou droit. Enfin arthralgies généralisées.

Amaigrissement de 9 kilos, depuis mai 1935.

Le foie déborde à nouveau de 8 cm., rate palpable

Tension 12-7, urines normales.

Radiographie, cœur et poumons normaux.

Estomac comprimé entre le foie et la rate, on distingue le pôle inférieur de la rate qui atteint la crête iliaque.

La guérison se maintient depuis novembre 35.

XXXV

Cas de Mercatel (Pas-de-Calais). (Forme de pseudo-paratyphoïde).

Communiqué par le Docteur LEROY (Arras)

M. R... Louis, 35 ans, entrepreneur de maçonnerie, est pris en février 1933, de troubles digestifs, céphalée avec température progressivement croissante qui orientent le diagnostic vers celui de fièvre typhoïde, une hémoculture pratiquée à cette époque, est négative, au bout d'une quinzaine de jours, un séro-diagnostic de Vidal ne donne aucun résultat.

Nous nous sommes demandé alors, s'il ne s'agissait pas de fièvre de Malte, car, malgré la température à 40° le soir, notre malade conservait un bon état général, sans stupeur, ni prostration, il se plaignait surtout de transpirer et d'être constipé; en outre, il accusait des douleurs variées, soit intercostales, soit sciatiques, soit articulaires, les urines étaient normales; le foie et la rate hypertrophiés; la langue humide sans fuliginosité.

Au bout de quelques jours d'observation de ces différents symptômes, et devant l'absence totale de diarrhée, de taches rosées lenticulaires, nous fîmes pratiquer un séro-diagnostic Wright qui se montra positif à 1/320. Après trois semaines de température, notre malade devint progressivement apyrétique et resta ainsi 12 jours. A partir de ce moment, la température monte à nouveau et se maintient pendant 15 jours, puis chute de la fièvre, apyrexie de 8 jours, enfin une quatrième onde thermique terminale.

Il n'y a eu aucune complication orchitique ou articulaire, le traitement a été simple, alimentation liquide, boissons abondantes, repos au lit, tonicardiaques antipyrétiques et le malade est guéri sans séquelle.

Nous n'avons pu pousser très loin notre enquête épidémiologique, M. R... avait une chèvre qui au dire de l'entourage, avait une santé normale.

A côté de ces cas non douteux, nous allons indiquer différents points touchés par la fièvre ondulante, mais nous ne pouvons fournir les mêmes précisions, faute de renseignements précis.

Pour le département du Nord, le laboratoire d'analyse médicale du Docteur Dubreuil nous signale un séro-diagnostic positif à 1/1.000 envoyé par le Docteur D... soignant en 1935, une malade à Beaurepaire par Prisches. Dans la même année, il y eut, dans la clientèle du Docteur Gravelle à Onnaing, un cas très intéressant de fièvre ondulante avec séro-diagnostic très positif, il y eut complication d'ostéo-artrite de L 5, ayant nécessité un appareil plâtré.

Toujours en 1935, le Docteur Pruvost eut un séro-diagnostic positif à 1/5.000, chez M. S... qu'il soignait à Haspres.

Dans l'Aisne, grâce au laboratoire de bactériologie départemental, nous avons appris qu'au cours de maladies fébriles, le Docteur Alglave, de Cerny-les-Bucy, a envoyé un séro-diagnostic positif à 1/800. Le Docteur Delbencourt, à Liesse, séro-diagnostic positif à 1/800. Le Docteur Lévêque, à Wailly, positif à 1/1.000. Le Docteur Degrote, à Montribourt, positif à 1/1.000. D'autres cas nous furent encore signalés à Chauny, à Nouvion, à Catillon. Le Docteur Lie, de Crépy-en-Laonnois, en juin 1934, séro-diagnostic positif à 1/1.000. Le Docteur Josso, à Aubenton, séro-diagnostic positif à 1/500, en juillet 1934. Docteur Jobin, séro-diagnostic positif à 1/1.000, à Fère-en-Tardenois.

Nous devons également à l'obligeance du Laboratoire du Docteur Benoît, de Lille, d'avoir recueilli l'observation suivante :

M. R..., 52 ans, herbager, habitant Lerzy (Aisne), vient consulter, en février 1936, pour asthénie, sueurs profuses. La température était élevée, il n'avait ni gros foie, ni grosse rate.

Trois ondes thermiques se sont succédé. Durant le cours de la maladie, seules des arthralgies ont pu être notées, il n'y a pas eu de complications pulmonaires, ni autres.

La base du traitement a consisté en injections de Novarsenobenzol intraveineux tous les cinq jours jusqu'au 1 gr. 05. Après une durée de 3 mois, le malade est complètement guéri.

Le séro-diagnostic avait été positif 1/800.

L'intra-dermo-réaction s'était elle aussi montrée très positive.

CHAPITRE VI

ÉPIDÉMIOLOGIE

Voici maintenant exposés tous les diagnostics certains de fièvre ondulante recueillis au cours de notre enquête. Nous sommes obligé de reconnaître que ces observations sont de valeur inégale, cependant nous avons pensé, par l'analyse de chacune d'elles, pouvoir dégager la « personnalité » de la fièvre ondulante dans nos trois départements du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne. Cette personnalité, nous nous efforcerons de la mettre en évidence sur le terrain épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Avant de commencer notre rédaction, nous croyons bon d'avertir le lecteur qu'une enquête sur la Brucellose, même actuellement, présente encore de grosses difficultés, bien souvent les renseignements recueillis sont incomplets ou même entachés d'erreurs. De plus, nous avons l'impression que pour apprécier les faits à leur juste valeur, il nous manque encore le recul du temps. Cependant, pour employer une formule actuel-

lement à la mode, il n'est peut-être pas mauvais ni inutile de temps à autre de faire le point, quand le seul avantage ne serait que de mettre en évidence les lacunes de nos connaissances et de nos interprétations.

Nous ne sommes pas à même de faire une histoire locale de la propagation de la Brucellose dans la région du Nord de la France, il ne nous a pas été donné, comme à MM. PARISOT et LÉVY, de retrouver le premier foyer épidémique, d'en montrer l'origine et de mettre en évidence les voies de propagation de l'infection. En effet, ces auteurs étudiant un cas de fièvre ondulante survenue en 1929 chez un marchand de moutons de Ceintrey, démontrèrent que le contagement de mouton à mouton avait été réalisé, la première fois, en Lorraine, par l'importation d'ovins venus du Midi et d'Algérie. Les moutons autochtones s'infectaient, la même année, à leur contact, et les brebis avortaient en masse au cours de l'agneulage suivant. Les transactions effectuées à partir de la bergerie de Ceintrey avec les communes voisines, disséminaient le *Mélitensis* et créaient de nouveaux centres épidémiques. Or, au dire de ces auteurs, aucune relation d'épidémie rurale de cause inconnue n'est signalée dans les annales médicales régionales depuis le début du XX^e siècle. D'autre part, il n'existait pas en Lorraine d'avortement épizootique des ovidés dû au *Brucella*, ni de brucellose des bovidés à *mélitensis*.

Pour nous, rien de semblable, au cours de nos lectures bibliographiques concernant la fièvre ondulante dans le Nord de la France, nous avons pu noter que les premiers cas publiés avaient été présentés à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par le Professeur CHAUFFARD, de juin 1912 à juin 1913.

Les trois premiers cas relatés à notre chapitre observations cliniques remontent à 1926. Les autres s'échelonnent comme il suit :

année 1929 — un cas
année 1931 — six cas
année 1932 — deux cas
année 1933 — sept cas
année 1934 — quatre cas
année 1935 — huit cas
année 1936 — trois cas.

(Plusieurs observations n'ont pas été mentionnées dans cette nomenclature, faute de pouvoir les situer avec précision dans le temps.)

Par le tableau ci-dessus, on constate que les cas de fièvre ondulante ne sont pas en augmentation sensible dans notre région du Nord. Il est assez curieux de constater l'existence d'années creuses. Chez nous, rien de semblable à ce qu'ont pu constater, en Lorraine, MM. PARISOT et LÉVY :

20 cas de brucellose en 1931
31 » » en 1932
43 » » en 1933.

Ici, la progression est rapide. Chez nous, au contraire, les chiffres restent stationnaires. Evidemment, nous ne prétendons pas que tous les cas de brucellose diagnostiqués dans nos trois départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne, soient contenus dans notre statistique. Il n'en reste pas moins vrai que celle-ci a une valeur réelle, car nous n'avons rien fait pour recueillir les observations de fièvre ondulante de telle

année plutôt que de telle autre année. Notre progression des brucelloses classées par année conserve toute sa valeur.

Celle-ci, d'ailleurs, est en accord avec les dires des Directeurs de Laboratoires de bactériologie de la région, nous avons pu consulter les registres du laboratoire départemental de bactériologie de Laon, grâce à l'amabilité de son directeur, le Docteur Chaussut-Perret. D'année en année, nous avons vu les chiffres de séro-diagnostic positifs rester à peu près semblables à eux-mêmes.

Si nous n'avons pas trouvé, comme nous nous y attendions, le nombre des brucelloses augmentant d'année en année, nous n'avons pas non plus rencontré, dans nos régions, d'épidémie de fièvre ondulante.

Nous pouvons citer des foyers d'endémie. Le Docteur Chaussut-Perret, directeur du laboratoire départemental de bactériologie de Laon, nous donne en exemple la clientèle du Docteur Lier, à Crépy-en-Laonnois, où, depuis 1932, il y a eu trois séro-diagnostic de Wright nettement positifs, il en est de même pour le Docteur Josso, à Aubenton. L'étude de la distribution géographique des brucelloses nous a permis de faire les constatations suivantes :

1° Dans les trois départements où nous avons cantonné notre étude (Nord, Pas-de-Calais, Aisne), les cas de brucellose sont disséminés.

2° Au nord d'une ligne allant de Lille à Saint-Pol (correspondant à la région des Flandres), nous ne trouvons aucun cas signalé.

3° Bien qu'il paraisse difficile, à première vue, de noter des foyers épidémiques, signalons que la majorité des malades se trouve dans un quadrilatère réunissant Lille, Abbeville, Laon, Hirson.

4° Dans ce quadrilatère, nous pouvons distinguer deux régions où les brucelloses ont été les plus denses : dans le Pas-de-Calais, une zone triangulaire comprise entre Arras, Doullens et Montreuil, puis la vallée de la Sambre et de ses affluents

5° Ces différentes régions sont caractérisées par leur richesse en pâturages et, partant, par l'importance de leur cheptel bovin, ce fait démontre que la majorité des brucelloses de notre région est d'origine bovine.

6° Nous avons pensé que peut-être pour une année donnée, nous aurions pu localiser le plus grand nombre de cas dans tel ou tel pays et mettre en évidence un état endémique qui, d'année en année, se déplacerait de région en région ; il n'en a pas été ainsi. Au cours d'une même année, les cas sont distants de plusieurs dizaines de kilomètres ; il n'est pas possible d'établir entre eux un lien quelconque, comme nous l'avions d'abord pensé.

7° En superposant la distribution géographique des brucelloses humaines et animales, nous avons constaté, pour le département du Nord, que les arrondissements d'Avesnes, de Cambrai, de Valenciennes, où la brucellose humaine est assez dense, avaient respectivement les pourcentages d'infection bovine suivants : 14 %, 22 %, 15 %, alors que l'arrondissement de Dunkerque, où nous n'avons recueilli aucun cas de fièvre ondu-lante, a un pourcentage de maladie de Bang s'élevant à 17 % ! Serait-ce chez l'homme une absence de diagnostic précis. Il y a là une anomalie à laquelle il nous a été impossible de donner une explication !

I. — *Animaux réservoirs de virus* : c'est là un autre point du problème des brucelloses du Nord de

la France que de mettre en évidence l'espèce qui sert habituellement de réservoir de virus.

Il ressort de notre enquête, au point de vue épidémiologique, que l'animal responsable de la transmission de la fièvre ondulante à l'homme est, sans conteste et de loin, l'espèce bovine. Dans notre région, le cheptel caprin est pour ainsi dire inexistant. La plupart de nos malades n'avaient aucun voisinage avec des ovins. Par contre, dans la plupart de nos observations, le contact avec les bovins est prolongé et très étroit. Ce sont les ruraux, fermiers ou vachers, ou des professions particulièrement exposées au contact de bovins (bouchers, vétérinaires).

Notre observation N° I : M. P... F..., vétérinaire ;
» » N° II : M. N..., cultivateur ;
» » N° III : M. Achille, ouvrier agricole ;
» » N° VIII : M. M..., cultivateur ;
» » N° IX : M. J..., vétérinaire, etc., etc.

Sur 37 observations, nous avons ainsi 23 fermiers, ouvriers agricoles.

Le nombreux foyer de contamination animale existent dans nos trois départements, le cheptel de certaines régions est infecté dans des proportions atteignant 50 à 60 %, c'est du moins ce qui ressort de l'enquête poursuivie dans le département du Nord par M. Rietz, Directeur des services vétérinaires départementaux. Nous avons pu faire la moyenne de tous les pourcentages fournis par les vétérinaires du Nord. Il ressort que 18 % du cheptel bovin est atteint. Aussi, c'est 18 % du cheptel bovin qui, par les urines, les matières fécales et le lait, dissémine les germes en proportions massives.

Devant de telles constatations, on en arrive à se demander pourquoi la brucellose n'est pas plus répandue dans notre région du Nord ?

Dans nos campagnes, bien souvent l'hygiène est rudimentaire. Par les mains souillées, par les plaies plus ou moins protégées contre le milieu extérieur, par les aliments, les germes peuvent pénétrer à dose massive dans l'organisme. Cependant, combien de réservoirs de virus continuellement ouverts ne transmettent jamais, apparemment du moins, la fièvre ondulante.

Pourquoi, étant donnée l'importance des réserves de virus, n'observe-t-on pas d'épidémie dans le Nord comme on en observe dans le Midi et ailleurs. Diverses hypothèses sont agitées : peu de virulence du *B. abortus bovis* ? En cas de fièvre *à mélitensis*, diminution considérable de la virulence du germe lors du passage des chèvres aux bovidés ?

Petit nombre de bovidés infectés par le *Mélitensis* ; autant d'hypothèses ! ... Notre enquête ne nous a pas permis de les vérifier.

Mode de contamination. — En étudiant cette question pour la région du Nord de la France, on pouvait espérer trouver le mode d'entrée du germe, soit par contact, soit par ingestion.

La contamination par contact direct nous semble la plus fréquente. L'extraction d'un cotylidon placentaire lors d'un avortement épizootique, nous a paru être la principale cause d'entrée du germe dans l'organisme. A chaque observation revient la même redite :

M. X... a assisté à un avortement épizootique ; M. Y... a enterré un veau mort-né ou a aidé à délivrer une vache infectée de brucellose. Les vachers peuvent encore se contaminer lors de la traite, les mamelons sont souvent le siège de petites inflammations, dues au bacille de Bang ou au *Mélitensis*. A ce propos, nous insisterons sur l'intérêt médico-légal que présente la question. Il semble de toute justice de faire bénéficier ces catégories de malades des avantages concédés par la législation aux victimes des maladies d'origine professionnelle.

Le tribunal de la Seine a rendu, en 1934, un jugement favorable en faveur d'un tueur de moutons aux abattoirs Vaugirard (Paris) ; il lui a été accordé le demi-salaire. Cet exemple doit créer un précédent.

Pour être à peu près complet, nous citerons 2 modes de contamination par contact direct, dont nous n'avons pas d'exemple dans nos observations, mais qui ne sont pas rares : la contagion de laboratoire (on sait que le *Mélitensis* est très dangereux à manier, le plus dangereux après le bacille de la Morve) et la contagion par contact sexuel. On a souvent remarqué à Malte, chez les soldats, la coïncidence de fièvre ondulante et de maladies vénériennes. On a constaté un séro-diagnostic positif chez 41 prostituées sur 134, chez 5, on a retrouvé le mélitocoque dans l'urine, et chez deux, dans les sécrétions vaginales.

La contamination par contact indirect, par ingestion, a été souvent notée au cours de notre enquête. Ici, doivent tout d'abord entrer en ligne de compte deux produits de consommation courante : le lait et le fromage.

Le lait. — Le lait de vache est à peu près toujours en cause, ceci ne nous étonne pas, puisque nous savons que la proportion des vaches infectées est importante 18 % en moyenne, d'après l'enquête faite par le Docteur Rietz, chef du service vétérinaire départemental du Nord.

Fréquemment, nos malades buvaient du lait cru. Or, on sait que la sécrétion lactée est une des voies d'élimination du microbe. Si celle-ci est irrégulière, il n'en est pas moins vrai qu'à certaine période de la lactation, les microbes sont excrétés à doses massives. Notons, en passant, l'observation V, où seule l'ingestion du lait cru semble nettement en cause (... il cantonne dans une ferme à Verlinghem, il absorbe une certaine quantité de lait frais, non bouilli... auparavant il ne se souvenait pas avoir absorbé de lait cru ou de fromage frais... Les services vétérinaires signalent que la région de Verlinghem paye un lourd tribut à l'infection épizootique...).

Pour les sous-produits du lait et les fromages en particulier, les dangers résident dans l'ingestion de produits frais ou crus, surtout ceux fabriqués à partir du lait de chèvre. Notre malade de Courchelette (observation XI) s'est infecté à Abries (Hautes-Alpes), en mangeant du fromage de chèvre frais. Nous n'avons pas pu recueillir d'exemple de contagion par des produits fabriqués à partir du lait de vache.

Pour les fromages importés, nous devons faire une distinction entre les fromages crus et les fromages fermentés. Les fromages crus sont très dangereux, la vitalité du *Mélitocoque* y est étonnamment longue :

44 jours d'après NÈRE, plus encore pour d'autres auteurs. Quant aux fromages fermentés, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'ils ne sont pas nocifs. La fermentation que subissent par exemple les fromages Roquefort en cavernes humides et froides rend impossible la conservation du germe.

Accessoirement, nous citerons la contamination par l'ingestion de sang d'animaux malades. M. Leroux, dans sa thèse sur la fièvre ondulante dans la région parisienne, cite l'exemple de certains tueurs qui ont la manie de porter à leur bouche, au cours de leur travail, leur couteau souillé de sang. Dans notre exposé des observations cliniques, nous avons relaté, à l'observation III, un cas de propagation probable par pissenlits, cueillis dans une prairie où paissaient des vaches infectées d'avortement épizootique.

CHAPITRE VII

CLINIQUE

Si, au point de vue épidémiologique, comme nous l'avons vu, les brucelloses ont une physionomie particulière, du point de vue clinique, leur personnalité n'est pas moins marquée. Elles se différencient de celles des autres régions, par la prédominance de certaines formes cliniques, de certaines complications et par leur pronostic.

Pseudo-parathyroïdes et pseudo-tuberculoses, telles sont les formes le plus souvent rencontrées. Parmi les 37 diagnostics qui ont pu être posés avec certitude, au cours de la lecture de nos observations, nous rencontrons huit fois des signes pouvant faire penser à une paratyphoïde : une fièvre progressivement croissante, suivie d'une température en plateau durant quelques jours, grosse rate, adynamie, dissociation du pouls et de la température. Des phénomènes intestinaux achèvent d'égarer le diagnostic.

Les formes pseudo-tuberculeuses sont encore plus fréquentes. Nous en avons retenu, au cours de notre enquête, 14 cas typiques. Dans notre chapitre observations cliniques, à chaque pas, nous rencontrons les mêmes signes « fièvre, sueurs profuses, asthénie, amaigrissement ». N'est-ce pas de quoi faire penser

à une affection bacillaire, au début ? S'il survient des phénomènes pulmonaires, le tableau est complet ; ce n'est qu'après plusieurs semaines, qu'il est possible de vérifier le diagnostic : des oscillations très nettes sont apparues ; les examens en faveur de la bacillose sont négatifs ; il y a une grosse rate dont on ne voit pas bien la cause ; souvent, ainsi, le diagnostic est fait par éliminations successives. Nous notons, en outre, dans l'observation XIV, un type de pseudo-bronchite tuberculeuse ; l'observation XVII nous montre une forme type pneumonie prolongée, qu'on sait le plus souvent être due au bacille de Koch. Dans les cas rapportés au cours de notre enquête, il n'est signalé aucun signe radiologique, tous ont guéri sans séquelle.

Deux fois, la fièvre ondulante s'est présentée à nous, avec une symptomatologie rappelant le rhumatisme articulaire aigu. Quatre fois, elle a évolué comme une trachéite avec fièvre élevée.

Au cours de nos investigations, nous n'avons trouvé que peu de signes de brucellose absolument constants, si ce n'est la fièvre élevée ; encore, n'a-t-elle pas toujours le caractère ondulant qu'on a bien voulu lui prêter ; une ou plusieurs ondes thermiques n'ont pu être observées que vingt fois sur trente-sept cas. Toutefois, chez notre malade de Manceau et chez celui de Montigny-en-Thiérache, la courbe de température a été des plus classiques. D'autres fois, nous avons vu des brucelloses évoluer avec une fièvre en plateau, pendant plusieurs semaines. Ce fait, à notre avis, doit être considéré comme un signe de gravité. La splénomégalie est un symptôme rencontré dix-huit fois au cours de notre enquête. Dans neuf observations, elle s'accompagnait d'hépatomégalie. La constipation

n'est pas la règle. La diarrhée est plusieurs fois constatée. Le Docteur Ruby, médecin chef de l'Hôpital de Laon, a observé chez M. B..., de Montigny-en-Thiérache, deux ou trois taches rosées lenticulaires ; seul le séro-diagnostic de Wright nous a semblé être un signe absolument sûr, il en est de même de la réaction de Burnet. Mais ces deux symptômes isolés peuvent n'avoir qu'une valeur rétrospective.

La principale complication rencontrée au cours de notre enquête sur les brucelloses évoluant dans la région du Nord, est celle intéressant les articulations.

Les phénomènes articulaires se sont révélés très fréquents (13 fois constatés). Ils consistent en algies et en fluxions articulaires légères ne laissant comme séquelle que quelques douleurs à la mobilisation. Celles-ci disparaissent d'ailleurs au bout d'un mois ou deux. L'observation V mentionne une forme de pseudo-rhumatisme articulaire aigu.

L'orchite est la complication la plus classique et la plus souvent observée dans le Midi de la France. Nous n'en avons rencontré que 2 cas au cours de nos investigations dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne.

Nous n'avons observé aucune complication osseuse. Notons, parmi nos 37 observations, deux complications nerveuses seulement : une névralgie faciale droite, un kernig avec liquide céphalo-rachidien normal.

Les médecins traitants nous ont signalé quelques cas de fièvre ondulante, avec une anémie de l'ordre de 4.000.000 de globules rouges (observation XXIII). Le cœur est généralement normal, toutefois, dans les observations V, XXXIII, XXXIV, et à celle de Montigny-en-Thiérache, etc., il est signalé une dissociation du pouls et de la température, avec pouls dicrote ; la

tension artérielle est généralement basse dans les cas graves.

Le pronostic des brucelloses dans nos trois départements du Nord, de l'Aisne et du Pas-de-Calais est excellent « quo ad vitam », la mortalité peut être considérée comme nulle, dans nos observations, les complications y sont peu graves et peu nombreuses ; les formes frustes y sont la majorité. Il ne nous a pas été donné d'observer des formes latentes, de l'avis de nos correspondants, elles ne seraient pas rares dans le Nord de la France, mais elles ne sont pas recherchées. Dans les régions méridionales où sévit le bacillus Mélitensis, DUBOIS et SOLIER ont pratiqué l'intra-dermo-réaction à la mélitine, sur des sujets sains exposés au contact des troupeaux, ils ont trouvé :

- sur les bergers, 83 % de réactions positives ;
- sur les vétérinaires, 40 % de réactions positives ;
- sur les ouvriers de ferme, 10 % de réactions positives.

Il est fort probable que si l'on pratiquait l'intra-dermo-réaction sur le personnel des fermes contaminées et sur l'entourage des malades, on trouverait un certain nombre de réactions positives.

Parmi nos 37 observations, nous ne citons qu'un cas de mort par endocardite infectieuse, encore était-ce chez un vieux rhumatisant ayant subi plusieurs atteintes cardiaques.

Les conclusions qui se dégagent de cet exposé clinique sont les suivantes : les brucelloses de notre région du Nord sont peu bruyantes « pancytoma-tiques », elles ne donnent, le plus souvent, que des complications légères. Evoluant dans un délai de un à trois mois, elles sont d'un pronostic excellent.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

A. — PROPHYLACTIQUE

La prophylaxie de la fièvre ondulante est très difficile, les espèces réservoirs de virus sont très nombreuses, ovins, bovins, porcins et caprins, vivent dans une certaine promiscuité avec l'homme, les modes de contagion sont multiples. Dans notre région du Nord, c'est surtout aux bovidés que doit s'adresser la prophylaxie. La lutte contre la fièvre ondulante dans nos départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne, où elle n'existe qu'en des points isolés, relève avant tout du médecin, qui devra faire œuvre d'hygiéniste. Il devra avertir les intéressés des dangers qu'ils courent, leur montrer les moyens simples pour éviter la contagion, car il faut reconnaître que, trop souvent, les précautions élémentaires d'hygiène ne sont pas prises par les sujets exposés à la maladie du fait de leur métier.

« Le lavage soigneux et la désinfection des mains après toute opération dangereuse, telle que la manipulation des produits d'avortement ou des fumiers, la traite des animaux infectés, devrait théoriquement protéger un grand nombre de sujets exposés. » (LISBONNE).

Nous estimons que c'est là un des points essentiels de la prophylaxie dans notre région, car l'infection, moins fréquente par le lait, est facilement combattue par l'ébullition, la pasteurisation. Evidemment, comme le dit LISBONNE, l'idéal serait de tarir la source de la maladie en vaccinant les animaux, mais nous savons que les résultats sont aléatoires, les échecs, encore fréquents, découragent les vétérinaires.

D'autre part, on pourrait aussi chercher à reconnaître la maladie chez les animaux, pour nous chez les ovins et surtout chez les bovidés. Mais les méthodes de laboratoires, si sûres dans leurs applications à la fièvre ondulante de l'homme, donnent, chez les animaux, des résultats inconstants, qui n'autorisent pas à pouvoir départir dans un troupeau, les bêtes infectées de celles qui ne le sont pas.

La recherche du *Brucella* dans le lait est difficile, longue et onéreuse, aussi ne saurait-elle être utilisée dans le travail courant de l'hygiéniste. La réaction à la mélitine de Burnet, si précieuse en matière de brucellose humaine, ne donne que des résultats inconstants dans ses applications chez les animaux. En médecine vétérinaire, même les séro-réactions n'ont qu'une valeur relative. Ces faits nous font toucher du doigt la raison la plus importante pour laquelle la lutte contre les brucelloses est si difficile.

Puisque nous ne pouvons tarir l'infection à sa source, en attendant un avenir meilleur, courons au

plus pressé : faisons appel à la vaccination préventive chez l'homme ; elle semble actuellement au point. Celle-ci ayant été appliquée avec succès par NICOLLE et CONSEIL et par BURNET sur le personnel de leur laboratoire, fut reprise par DUBOIS et SOLLIER.

Le vaccin préparé par ces auteurs comporte trois injections sous-cutanées aux doses successives de $1/4$, $3/4$ et 1 cm. cube, soit au total 4 milliards de germes. 98 personnes, toutes particulièrement exposées à l'infection mélitensique, ont été vaccinées. Aucune n'a contracté la fièvre ondulante. Par contre, sur une quarantaine de personnes non vaccinées et exposées à l'infection dans le même milieu, cinq ont été atteintes.

MM. PANSOT et LÉVY ont obtenu des résultats non moins encourageants sur le personnel des abattoirs des grandes villes de Lorraine. Il y aurait peut-être lieu d'envisager l'emploi de la vaccination obligatoire dans les milieux qui ont été reconnus contaminés, par les services vétérinaires.

B. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Un grand nombre de traitements ont été préconisés pour lutter contre les brucelloses. Dès le premier abord, leur multiplicité nous fait présumer de leur imperfection. Disons-le, nous estimons que la question n'est pas encore tout à fait au point. Nous nous efforcerons, par une analyse succincte des faits rapportés ici, de nous faire une opinion sur la thérapeutique à appliquer en cas de brucellose.

Avant tout, la fièvre ondulante étant une maladie longue et anergisante, il importe de soutenir les forces du malade, de le bien nourrir, on voit ici l'intérêt que présente pour lui un diagnostic précoce et le préjudice qu'on peut lui causer, en le traitant comme un typhique, en le mettant à un régime très sévère et en préparant peut-être ainsi le terrain pour la tuberculose.

A côté d'une alimentation substantielle, il nous est possible de mettre en œuvre à la fois :

Les médications anti-infectieuses.

Les médications de choc.

Les médications dites spécifiques.

(Nous allons les étudier séparément, dans un but de clarté, tout en reconnaissant qu'elles empiètent, en réalité, les unes sur les autres.

1° *Médications dites spécifiques.* — L'usage de la sérothérapie a montré aux auteurs que cette question n'était pas encore au point ; elle n'a été essayée dans aucune de nos observations.

La vaccination curative de la fièvre ondulante a soulevé bien des polémiques. Cependant, elle paraît devoir représenter la médication de l'avenir, elle utilise surtout des stocks-vaccins, les plus connus sont les stocks-vaccins de mélitensis ; parmi les principaux, citons les vaccins chauffés de Rey, de l'Institut Pasteur, les vaccins iodés de Ranque et Serrez, les vaccins fluorés de Nicolle.

De notre enquête clinique, il ressort que la question des vaccins n'est pas encore non plus tout à fait au point, nous les avons vu employés plusieurs fois sans résultat probant.

Le traitement par les extraits bacillaires semble avoir donné plus de succès, administrés à la dose d'une injection par semaine, ils produisent une réaction salubre qui modifie favorablement le cours de la maladie. Dans l'observation V, MM. les Docteurs DUTHOIT et THIERRY signalent une amélioration très nette par le traitement à la mélitine.

2° *Médication de choc.* — Quand on parle de brucellose, on peut dire que c'est la colloïdoclasothérapie qui est la plus en vogue. Elle semble, en effet, avoir donné des résultats dans certains cas. Les auteurs signalent des succès par injection intra-veineuse de collargol ou d'électrargol (5 à 20 cmc.), l'or colloïdal et le rhodium colloïdal ont été essayés aussi. Le Docteur CAMBESSÉDÉS signale un succès à la suite d'un petit choc, après une injection d'hémostyl.

Notons un résultat non probant (observation II) et une amélioration (observation ...) par injection de tripaflavine.

A côté des métaux colloïdaux, la protéinothérapie a été opposée à la fièvre ondulante sous ces quatre formes principales :

La peptonothérapie,
La lactothérapie,
L'autosérothérapie,
L'hémothérapie.

Notre enquête clinique ne nous a pas permis de nous faire une opinion sur les trois premiers de ces traitements, seule l'autohémothérapie a été essayée une fois sans succès.

3° *Médications anti-infectieuses.* — C'est évidemment la première chose à laquelle on a pensé, tout a été mis en œuvre ; nous nous contenterons de citer pour mémoire la quinine en ingestion ou en injection, le bleu de méthylène, l'adrénaline, ces médicaments n'ont pas été utilisés dans les différents cas fournis par notre enquête, seul à l'observation N° 27, une amélioration vive a été signalée par le jaune d'aniline, alors que la gonacrine n'avait rien donné. Le docteur Ruby (observation Montigny-en-Thiérache) ne signale aucune amélioration par l'emploi quotidien d'uroformine à la dose de 1 gr 50.

Plus importantes et plus sérieuses sont les médications par la septicémine intraveineuse, la gonacrine, les arsenicaux. Nous nous tiendrons uniquement aux résultats fournis par l'analyse de nos observations. Nous avons souvent vu employer la septicémine (observations 9, 22, etc.) sans aucun résultat, seul, à l'observation 13, l'usage de septicémine à haute dose semble avoir écourté les ondes thermiques et diminué l'asthénie, au dire du médecin traitant.

Au cours de notre enquête, les médecins traitants de notre région du Nord nous ont fait part de leur impression sur l'emploi de la gonacrine dans le traitement des brucelloses, les résultats n'ont pas été ce qu'ils espéraient. Les observations 8-12 nous démontrent la réalité de ce fait. Dans le cas de Lesme, le médecin traitant fait remarquer que la gonacrine semble avoir donné un résultat, mais vers le 40^e jour.

Nous insisterons davantage sur l'emploi des arsenicaux, ceux-ci semblent avoir produit des effets plus constants et plus durables. A l'observation N° VI, le Docteur Vienne nous dit avoir eu de bons résultats

par l'emploi de Novarsenobenzol intraveineux. Dans l'observation N° 22, le Docteur Fraclecher est tout à fait catégorique quant à l'efficacité des arsenicaux dans le traitement des brucelloses. Pour sa malade de Sainte-Preuve, le traitement par septicémine n'a modifié en rien le cours de la maladie, il en a été de même pour la gonacrine. Seul le novarsenobenzol semble avoir donné des résultats très nets et une guérison très rapide.

De toute cette énumération de traitements qui, comme le montre notre enquête, ont donné des résultats alternativement bons ou nuls, nous insisterons sur l'emploi des arsenicaux, chaque fois que nous l'avons vu employer, nous avons dû en reconnaître l'efficacité. Est-ce simplement une coïncidence, nous ne le pensons pas, à moins que notre raisonnement soit faussé par le trop petit nombre de cas de notre statistique ? Toutefois, pour être exacts, nous nous voyons obligés de faire quelques réserves. On a vu que les brucelloses de nos régions étaient essentiellement polymorphes dans leurs formes cliniques comme dans leur évolution. Aussi est-il bien difficile d'apprécier dans quelle mesure la maladie a été écourtée, jusqu'à quel point les symptômes ont été atténués.

Pour juger pleinement des faits, il nous manque peut-être encore le recul des temps.

CHAPITRE IX

CONCLUSIONS

1° Les brucelloses sont fréquentes dans nos trois départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne. Il n'existe pas d'épidémie, mais bien plutôt des foyers d'endémie.

Nous avons pu délimiter deux régions où les brucelloses sont plus denses : une zone triangulaire comprise entre Arras, Montreuil, Doullens ; puis la vallée de la Sambre et ses affluents.

L'importance de l'avortement épizootique chez les bovidés, la grande fréquence des cas de contagion chez les manouvriers en contact permanent avec les bovidés, la prédominance des brucelloses dans les régions caractérisées par leur richesse en pâturage et, en l'occurrence, par l'importance de leur cheptel bovin, démontrent que la majorité des brucelloses du Nord est d'origine bovine.

Nous avons pu établir que le plus grand nombre de brucelloses avait eu pour point de départ un contact infectant.

2° Nous n'avons pas rencontré, dans nos trois départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne des formes de brucelloses particulières à notre région. Nous notons la prédominance de formes pseudo-tuberculeuses. Dans l'ensemble, nous pouvons dire que les brucelloses sont atténuées tant dans leur symptomatologie, que dans leurs complications. Leur pronostic est bon.

3° Le traitement préventif des brucelloses, dans nos trois départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne, demande encore des études complémentaires, car le problème de la prophylaxie animale n'est pas résolu. Les précautions d'hygiène (lavage, désinfection des mains), associées à la vaccination, restent les bases de la prophylaxie humaine.

Le traitement médicamenteux n'est pas non plus encore tout à fait au point. Le polymorphisme de la maladie rend difficile l'appréciation des résultats obtenus. Au cours de cette étude, il nous a semblé que seul le novarsenobenzol et les extraits microbiens présentent actuellement un intérêt réel.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBLANT, DUBOIS, LAFENETRE et LISBONNE. — La fièvre ondulante en France. — *Revue d'Hygiène*, décembre 1925.
- CAMBESSEDES. — Contribution à l'épidémiologie de la fièvre ondulante. — *Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, février 1932.
- CAMBESSEDES et LAGANIN. — Endoprotéinothérapie et fièvre ondulante. — *I^{er} Congrès international d'Hygiène méditerranéenne*, Marseille, septembre 1932.
- DUBOIS et SOLIER. — Résultats de cinq années de pratique de la vaccination préventive. — *Mouvement sanitaire*, février 1935.
- JULIEN. — Les formes de brucellose humaine. — *Presse Médicale*, 11 janvier 1933.
- LEDOUX et BAUFLE. — La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. — *Ac. Méd.*, 14 octobre 1930.
- LISBONNE et VIDAL. — La fièvre ondulante d'origine bovine en France. — *I^{er} Congrès international d'Hygiène méditerranéen*, septembre 1932.
- PARISOT et LEVY. — La fièvre ondulante dans la région lorraine. — *Presse Méd.*, 1932.
- SEE. — Les brucelloses. — *La Médecine*, août 1932.
- TAYLOR et HAZEMANN. — Recherches épidémiologiques en cours sur la fièvre ondulante en France. — *Revue d'Hygiène*, juillet 1932.
- VIOLLE. — La fièvre ondulante. — Masson et C^{ie}, 1931.

- VEDEL, PUECH, LAPEYRE. — Fièvre de Malte simulant une fièvre typhoïde. — *Soc. Sc. Méd. Montpellier*, 13 mai 1927.
- CAMBESEDES. — Notions d'épidémiologie intéressant la prophylaxie de la fièvre ondulante. — *Annales d'Hygiène pub.*, septembre 1931.
- RANQUE et SENEZ. — Mélitococie en Provence. — *Marseille Méd.*, 25 oct. 1925.
- RICHON, MICHOU Gérard. — Un cas de fièvre ondulante régionale à B Abortus. — *Soc. Méd. Nancy*, 10 juin 1931.
- PARISOT (J.) et LEVY (R.). — *Revue d'Hygiène et de Méd. Sociales*, janvier et février 1933.
- A. BERNARD et G. MARTIN. — Un cas de brucellose dans le Nord. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 34, 26 août 1934.
- A. BERNARD. — Un nouveau cas de brucellose dans le Nord (tuberculose et brucellose). — *Journal de Médecine de Lille*, n° 2, janvier 1935. - B.
- A. DUTHOIT et P. THERY. — Un cas de fièvre ondulante. — *Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille*, 19 décembre 1932. — *Le Nord Médical*, n° 794, 15 mars 1933.
- A. FARJOT. — Un cas autochtone de brucellose à Abortus. — *Société de Médecine du Nord*, décembre 1933. — *Echo Médical du Nord*, 22 avril 1934.
- SERGEANT et FARJOT. — Un cas de mélitococie traité par la mélitine. — *Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille*, 21 novembre 1932. — *Le Nord Médical*, 1^{er} février 1933.
- A. SAPELIER. — La fièvre ondulante dans le Nord de la France. — *Thèse*, Lille, 1932.
- SERGEANT, COCHARD et BALGAIRIES. — Deux cas autochtones de mélitococie. - *Société de Médecine du Nord*, novembre-décembre 1934. — *Echo Médical du Nord*, n° 5, 3 février 1935.
- M. COCHARD et BALGAIRIES. — Les brucelloses dans le Nord. — *Médecine internationale*, janvier 1936.
- BETHOUX (L.), 1930. — Fièvre de Malte, traitée et guérie par des injections intraveineuses de trypaflavine.
- BULL et MEN. — *Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*.

- LEGER et DOMINICI. — 1932. Foyer de Méliococie en Corse, 1914. Documents relatifs à l'extension de la méliococie en Corse. — *Bull. Soc. Path. Exotique*.
- LEGEZYNSKI. — 1928. Deux cas d'infection humaine par le bacille de l'avortement épizootique de la vache (bacille de Bang). — *Soc. Polon. Biolog. in C. R. Soc. Biolo.*
- SIMON, AUBERT, BLANCHARD et ARLO. — 1909. La fièvre méditerranéenne à Marseille. — *Bull. Soc. Path. Exotique*, p. 365.
- M. LISBONNE. — La fièvre ondulante en France, — *Montpellier Médical*, juillet 1935.
- J. PARISOT et Robert LEVY — La brucellose ovine en Lorraine. — *Montpellier Médical*, juillet 1935.
- M. JAMBON et MATHIEU. — Les méliococies à formes pseudo-tuberculeuses. — *Montpellier Médical*, juillet 1935.
- Maurice FAVRET. — Fièvre ondulante dans les départements de l'Aisne, de la Marne et des Ardennes. — *Thèse*, Paris, 1934.
- Joseph LEROUX. — Contribution à l'étude des brucelloses dans la région parisienne. — *Thèse*, Paris, 1934.
- Pierre DELBE. — Brucellose des Equides (*Thèse pour l'obtention du grade de Docteur vétérinaire*).
- LISBONNE. — La fièvre ondulante en France. Note épidémiologique. — *Bulletin Méd.*, 25 juin 1927.
- Recueil de Médecine Vétérinaire d'Alford*. — Brucellose chez vingt vaches.
- ROGER. — Complications cérébrales de la méliococie. — *XX^e Congrès Français de Médecine*, Montpellier, 1929.
- BERNARD et CARNIN. — Distribution géographique des brucelloses dans le Nord de la France. — *Société Sciences Médicales et Anatomo-Cliniques de Lille*, mardi 7.



Vu :

Nancy, le 15 Juillet 1936.

Le Président de thèse :

Maurice PERRIN.

Vu et approuvé :

Nancy, le 16 Juillet 1936.

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 16 Juillet 1936.

Le Recteur de l'Académie :

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. -- Introduction.....	5
CHAPITRE II. — Historique.....	9
CHAPITRE III. — Observations cliniques du département du Nord.....	15
CHAPITRE IV. — Observations cliniques du département de l'Aisne.....	31
CHAPITRE V. — Observations cliniques du département du Pas-de-Calais.....	41
CHAPITRE VI. — Epidémiologie.....	53
CHAPITRE VII. — Clinique.....	63
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	67
A) Prophylactique.....	67
B) Médicamenteux.....	69
CHAPITRE IX. — Conclusions.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77



Soc. AN. IMP. ET ÉDIT. DU NORD.—LILLE 68518

